

日本性差医学・医療学会 会員情報変更届

FAX : 03-5981-6012

日本性差医学・医療学会 事務局 一般社団法人学会支援機構内

※変更項目に変更後の内容をご記入ください（氏名は必須）

ふりがな	ここをクリックしてふりがなを入力してください。	
氏名	ここをクリックして氏名を入力してください。	
職業	ここをクリックして職業を入力してください。	
所属施設名 勤務先名	ここをクリックして勤務先名を入力してください。	
所属科名	ここをクリックして所属科名を入力してください。	
役職	ここをクリックして役職を入力してください。	
連絡先住所	〒郵便番号を入力してください。 ここをクリックして学会からの郵送物をお送りする連絡先住所を入力してください。	<input checked="" type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅
勤務先 電話番号	ここをクリックして勤務先電話番号を入力してください。	
連絡先 電話番号	ここをクリックして連絡先電話番号を入力してください。	
E-mail	ここをクリックしてメールアドレスを入力してください。	

通信欄

ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。