

茨城県母性衛生学会事務局まで ①メール もしくは ②郵送にてお送りください

① ibarakibosei@ipu.ac.jp

② 〒300-0394 茨城県稻敷郡阿見町阿見 4669-2 茨城県立医療大学助産学専攻科内

変更届

会員氏名

会員番号

連絡先 E-mail

@

変更のある項目のみ、変更前・変更後をそれぞれご記入下さい

項目	変更前	変更後
(フリガナ) お名前		
勤務先名・役職		
職種 (○をつけて下さい)	医師 保健師・助産師・看護師 教員・行政職 その他 (具体的に)	医師 保健師・助産師・看護師 教員・行政職 その他 (具体的に)
郵便物送付先	自宅・勤務先	自宅・勤務先
郵便物の 送付先住所	〒	〒
Email アドレス もしくは 電話番号		