

PEG・在宅医療学会事務局 宛  
 (大阪市立総合医療センター 消化器外科内)

記載日  
 年 月 日

Fax : 06-6167-7183

E-mail : peg-office@umin.org

## PEG・在宅医療学会 各種届

お名前(ふりがな)・会員番号を明記の上、変更したい事項をご記入いただき、郵送またはFax・e-mailにてご連絡下さい。

以下の通り申請いたします。

届出区分	所属変更	送付先変更	氏名変更	退会	その他 連絡等
※該当項目を選択してください。					

会員番号	ふりがな	姓	名	新 姓
	氏名			

勤務先	ふりがな			
	名称			
	所属科		役職名	
	住所	〒	住 所	
	mail	TEL	FAX	@
自宅	住所	〒	住 所	
	mail	TEL	FAX	@
	その他	〒	住 所	
	TEL		事由	

郵送物 送付先	勤務先	自宅	その他	mail	勤務先	自宅
------------	-----	----	-----	------	-----	----

変更年月日	年	月	日付けで変更します。
-------	---	---	------------

その他連絡事項	
---------	--

<郵送先>  
 〒534-0021 都島本通二郵便局留  
 大阪市立総合医療センター 消化器外科内  
 PEG・在宅医療学会事務局