

## 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、e-mail、郵送またはFaxにてご連絡下さい。  
 ※メールアドレスを必ずご記入ください。お手続きやセミナー受講・資格試験などで必要になります。

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		
		TEL			FAX
mail	@				
自宅	住所	〒	住 所		
	TEL			FAX	
	mail	@			
その他	住所	〒	住 所		
	TEL			事由	

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

変更年月日	年 月 日	日付で変更します。
-------	-------	-----------

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