

PEG・在宅医療学会 施設会員 (登録変更 ・ 退会) 届

※施設名を必ず記入の上、変更箇所を記入いただき事務局まで郵送、Faxまたはe-mailにてご連絡ください。

施設名	ふりがな			施設会員番号	
	名称				
	所属科				
	住所	〒	住所		
	TEL			FAX	

登録変更		1) 変更のない会員の記入の必要はありません 2) 基本登録は5名まで(代表者含む)/6名以上は1名につき4,000円追加で登録可能です 3) 変更人数が1枚で足りない場合はコピーしてご利用ください						
追加	削除	ふりがな			生年月日		性	別
		代表者氏名			西暦	年 月 日	男	女
		職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()		
		mail	@					
追加	削除	ふりがな			生年月日		性	別
		氏名			西暦	年 月 日	男	女
		職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()		
追加	削除	ふりがな			生年月日		性	別
		氏名			西暦	年 月 日	男	女
		職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()		
追加	削除	ふりがな			生年月日		性	別
		氏名			西暦	年 月 日	男	女
		職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()		
追加	削除	ふりがな			生年月日		性	別
		氏名			西暦	年 月 日	男	女
		職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()		

退会届		1) 下記確認事項を必ず登録会員に説明ください 2) 施設会員退会后、個人会員移行希望の方は別途手続きが必要です 3) 退会日を指定しない場合は年度末(該当年度7月31日)にて退会となります			
届出日	年 月 日	退会日	年 月 日		
届出者名					
確認事項	登録者に対しては各自が別途事務局へ個人会員移行手続きを行わない限り、今後の会員特典は受けられなくなることを説明いたしました。				