JAN

登録事項変更届

＊　下記をご記入の上、FAX:075-468-8773またはご郵送ください

届提出日:(西暦)　　年　月　日

氏　名: (変更前)	
生年月日:	(西暦)　　年　　月　　日
会員番号: ＊不明の場合は空欄のまま	
脳神経超音波検査士 認定番号: (✔ をしてください)	☐ 資格を持っている(認定番号:　　) ☐ 資格を持っていない
職　種: (✔ をしてください)	☐ 医師　☐ 診療放射線技師　☐ 臨床検査技師 ☐ 看護師　☐ 学生　☐ その他(　　)
変更事項: 変更箇所のみ ・□に✔をして下さい ・変更情報をご記入下さい	＜氏名＞(変更後の情報をご記入ください): (ふりがな) ＜E-Mail＞(変更後の情報をご記入ください): ＜勤務先情報＞ ☐ 勤務先　住所:〒 ☐ 勤務先　施設名・科: ☐ 勤務先　役職: ☐ 勤務先　TEL/FAX: ＜自宅＞ ☐ 自宅　住所:〒 ☐ 自宅　TEL/FAX: ＜機関誌送付先＞ ☐ 勤務先　☐ 自宅 ＜その他＞

＊事務局　記入欄

受付日	会員番号	備　考
年　月　日		

一般社団法人　日本脳神経超音波と栓子検出学会　事務局
〒612-8082　京都市伏見区両替町2-348-302
アカデミック・スクエア(株)　内
TEL:075-468-8772　FAX:075-468-8773