



→ FAX : 03-3814-6904 日本消化管学会事務局 行

郵送先:  
〒112-0005東京都文京区水道2-1-1  
株勁草書房コミュニケーション事業部内  
Email: jga-secretariat@keiso-comm.com  
TEL: 03-5840-6338

日本消化管学会 退会届・変更届

お名前

会員番号

下記届出の通り、処理を希望します。

届出内容 (□退会届か□変更届のいずれかに✓し必要事項をご記入ください)

提出年月日 西暦 年 月 日

□ 退会届

希望日	西暦 年 月 日	(事業年度: 毎年1月1日から12月31日)
理由		
Eメールアドレス (ない場合はFAX番号)		

□ 変更届 ※変更箇所のみ下記にご記入ください

フリガナ 氏名		ローマ字 氏名	例) Taro SHOKAKAN
会員区分	<input type="checkbox"/> 代議員 <input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 (卒業予定の変更: 年 月)		
Eメールアドレス			
勤務先名称 (所属先名)			
部・科・講座	<input type="checkbox"/> 該当なし	職位	
勤務先住所	〒		
勤務先TEL/FAX	TEL	(内線: )	FAX
自宅住所	〒		
自宅連絡先	TEL		FAX
学歴	大学	学部	学科 在・卒(西暦 年)
		大学院	在・卒(西暦 年)
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他	学位	例) 博士(医学)
専門分野 (3つまで)			
専門科 (1つお選び下さい)	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 基礎・その他		
日経メディカルOnline 会員登録について	<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない <input type="checkbox"/> 既に登録済		
事務局からの 郵送物の送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	氏名の掲載*	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

\*HP、和文誌に掲載されます。認定医・専門医・指導医一覧はお名前のみ、代議員一覧は「ご所属+お名前」での掲載となります。「否」の場合、一覧への掲載は致しません。