



➔FAX : 03-3814-6904
 ➔Email: jga-secretariat@keiso-comm.com
 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
 (一社)日本消化管学会事務局
 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 | | | (例) Taro SHOKAKAN |
| 氏名 | | ローマ字氏名 | |
| 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 | | |
| 事務局からの 郵送物の送付先 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | 氏名の掲載* | <input type="checkbox"/> 可 |
| | <input type="checkbox"/> 自宅 | | <input type="checkbox"/> 否 |

*HPに掲載される、認定医・専門医・指導医・代議員などの一覧への氏名掲載の可否をお伺いします。「否」の場合、一覧への掲載は致しません。