



日本消化管学会 会員登録情報変更・退会届

下記届出の通り、処理を希望します。

お名前

会員番号

届出内容 (該当する項目をチェックしてください)

提出年月日 西暦 年 月 日

<input type="checkbox"/> 退会 (退会日: 西暦 年 月 日)
理由:
<input type="checkbox"/> 会員登録変更 ※変更箇所を下記にご記入ください

「*」印の項目はご記入必須となっております

※当学会の会期は、1月1日から12月31日までとなります。

フリガナ* 氏名*	氏名 ローマ字*	(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)
希望連絡先* ¹	E-mail	@	
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*	〒		
勤務先連絡先*	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* ² (一つお選び下さい)	<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 希望連絡先*	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	HP及びNEWSLETTERにおける 認定医および代議員一覧への 氏名の掲載* ³	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

※1 必ずメールアドレスをご記載ください。記載がないと本学会からの情報提供がなされない場合がありますので、ご了承下さい。

※2 代議員選挙の際に必要となります。

※3 認定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。