提出先: <jbphsm@asas-mail.jp>

登録内容変更届

一般社団法人 社会医学系専門医協会　御中

記載日：西暦　　　年　　月　　日

以下のとおり、登録内容の変更をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号【必須】 | － | （例：指17-170000）  （例：専17-170000） | | |
| ふりがな【必須】 |  | 【必須】  （西暦）　　　　年　　月　　日生 | | |
| 氏　名【必須】 |  |
| ※以下は変更箇所のみご記入ください※ | | | | |
| 登録の鍵とする学会  （当協会の構成８学会）※１ | 学会 | 会員番号： | | |
| 主たる所属  （ひとつのみ） | □行政　□職域　□教育研究機関　□医療機関（大学病院を除く）  □その他（　　　　　　　 　　　　　　 ） | | | |
| 住所(送付先･連絡先)  □ 自宅  □ 勤務先 | (住所)　〒  TEL | | | |
| 改　姓 | （旧姓：　　　　　　） | | | |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ  （携帯ｱﾄﾞﾚｽ不可） | ＠ | | | |
| 主たる勤務先名 |  | | | |
| 主たる勤務先の都道府県 |  | | 役職 |  |

**※1は下記の８学会です**

日本衛生学会／日本産業衛生学会／日本公衆衛生学会

日本疫学会／日本医療・病院管理学会／日本医療情報学会

日本災害医学会／日本職業・災害医学会