**日本病理学会東北支部事務局　FAX 022-273-5976**

**【日本病理学会東北支部入退会・変更届け】**

**届け出内容（○で囲むか、一つを残して削除して下さい）**

**・入会　　　・退会　　　・勤務先変更　　・勤務先住所変更**

**・各種案内送付先変更　　・改姓名　　　　・メールアドレス変更**

**・その他（　　　　　　　　　　　　）**

**(氏名と変更部分をご記入ください)**

**(日本病理学会会員情報画面と共通です、貼り付け可能)**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ：** |  |
| **氏名：** |  |
| **英語氏名：** |  |
| **職種：** |  |
| **E-mail：** |  |
| **勤務先名：** |  |
| **勤務先所属：** |  |
| **【勤務先情報】** | |
| **郵便番号：** |  |
| **住所：** |  |
| **TEL・FAX：** | **TEL** |
|  | **FAX** |
| **【自宅住所情報】（勤務先情報のない方のみ）** | |
| **郵便番号：** |  |
| **住所：** |  |
| **TEL・FAX：** | **TEL** |
|  | **FAX** |

**＊改姓の場合：旧姓（　　　　　　　　　　　）**

**＊若手病理医会に入会希望者は右欄に○を記入ください　（　　　　）**

**(入会資格：45歳未満あるいは専門医資格1回更新まで（2回目更新で卒業）)**

**＊退会届：　　　年　　月　　日をもって東北支部を退会します。**