

一般社団法人 日本小児精神神経学会

(登録事項変更届)

届出日 20 年 月 日

会員番号	581- - ()			<input type="checkbox"/> 退会する
□ 自 宅 住 所	フリガナ	(姓)	(名)	□ 性別
	<input type="checkbox"/> 氏名			□ 生年月日(西暦でご記入下さい)
	現住所	〒 -		
	TEL	FAX		
□ 所 属 機 関	フリガナ			□ 職名
	名称			
	所在地	〒 -		
	TEL	FAX		
<input type="checkbox"/> E-mail				
<input type="checkbox"/> 職種	第1分類()	第2分類()		
<input type="checkbox"/> 最終学歴	学校名[] 年 月 卒			
<input type="checkbox"/> 連絡先	1.自宅住所 2.所属機関 (○印をつけて下さい)			
通信欄(変更前の登録内容や退会事由などをお書き下さい)				

【記入上の注意】

入会後に登録情報の変更などがあつた場合、必要事項を記入し、郵送、またはFaxで事務局までご連絡下さい。
 会員番号と届出日に加え、変更の必要のある内容をもれなく記入して下さい。
 変更のある箇所については、対応する□にチェックを入れて下さい。
 連絡先は学会誌、会費請求書などの送付先です。自宅住所か所属機関のいずれかを○印でご指定下さい。
 本学会の会計年度は4～翌年3月です。

【職種】

職種については下記の表に記載されている「第1分類」のアルファベットおよび「第2分類」の数字などより、該当職種を1つずつ選び、下記の記載例を参考にご記入下さい。複数選択された場合には登録されません。
 記載例:A-1,B-(△△△),C-(△△△),E-3 など
 第1分類は1つのみ選んで下さい。複数以上に職種がおよぶ方でも、その中で一番優先する職種をお選び下さい。

第1分類	第2分類
A.医師	1.小児科 2.精神科 3.心療内科 4.その他(科)
B.心理	()
C.教育	()
D.福祉	()
E.リハビリ	1.ST 2.PT 3.OT 4.ORT 5.その他(科)
F.看護	()
G.保育	()
H.その他	()

【送付先】 一般社団法人 日本小児精神神経学会 事務局
 〒102-0075 東京都千代田区三番町7-1
 朝日三番町プラザ408号室 株式会社アークメディア内
 Tel : 03-6272-6516 Fax : 03-5210-0874 E-mail : jsppn@arcmedium.co.jp

事務局記入欄	受 付			データ処理								
	日付	担	当	日付	担	当						