

勤務先・連絡先等変更がありましたら、本用紙をダウンロードしてご連絡下さい。

(公社)日本薬理学会  
異動連絡届(一般会員用)

変 更	平成 年 月 日		
有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	フリガナ		旧 姓
	氏 名		
有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	★ E-mail	@	
有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	所属(勤務先)名		
有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	勤務先 所在地	〒	
	TEL		
	FAX		
	送本等連絡先	勤 務 先	自 宅*

\*【送本等連絡先】が自宅の方のみご記入下さい。

有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	★ 自宅住所	〒
	★ TEL	
	★ FAX	

★印の項目に関しては、会員名簿への掲載の諾否を伺います。

E-mail	自宅住所	自宅TEL
諾 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	諾 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>	諾 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>

【送付先】

〒113-0032 東京都文京区弥生2-4-16 学会センタービル  
公益社団法人日本薬理学会 会員業務係  
TEL : 03-3814-4828 FAX : 03-3814-4809  
society@pharmacol.or.jp