

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				年 月 日
有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏 名		旧 姓	
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			
有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>	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