

# 日本眼形成再建外科学会登録情報変更届

年 月 日

日本眼形成外科学会事務局

FAX:06-6779-6688

E-Mail : office@jsoprs.jp

- ※ 本人確認のため、太線の中は、登録された際の情報をご記入ください。
- ※ ご登録の内容に変更がある項目に新しい情報をご記入ください。
- ※ 太枠内の内容にご変更がある場合は、「その他変更・連絡事項」の欄にご記入ください。

フリガナ				英語表記で氏名をお書き下さい。
氏名				
生年月日	19 年 月 日生	性別	男 ・ 女	
フリガナ				
勤務先名				
職種	<input type="checkbox"/> 眼科医 <input type="checkbox"/> 形成外科医 <input type="checkbox"/> 美容外科医 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
勤務先住所	〒 TEL( ) - FAX( ) -			
E-mail				
自宅住所	〒 TEL( ) - FAX( ) -			
文書郵送先	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○印を付けて下さい。)			
日本眼科学会会員番号				
その他の変更・連絡事項				

## ※個人情報の取扱いについて

氏名、住所等の個人情報は、本学会の運営に関する以外の目的には使用致しません。  
また、個人情報は第三者へは開示いたしません。

事務局使用欄 (記入しないで下さい)

受領日： 年 月 日	会員番号：
------------	-------