**兵庫県耳鼻咽喉科医会異動届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　　年　　月　　日

フリガナ

氏　名

1. 会員識別

現　在（　A会員　B会員　C会員　）該当する方に○を付けて下さい。

変更後（　A会員　B会員　C会員　）該当する方に○を付けて下さい。

1. 異動年月日　　　　　年　　月　　日
2. 異動事由　閉院 ・ 継承 ・ 転出　・　その他（　 　　　　）
3. 日本臨床耳鼻咽喉科医会　（　入会　・　継続　・　退会　）

【異動後の勤務先】

1. 施設名
2. 施設住所
3. 電話番号　　　　　　 　　　 ・FAX

【異動後の連絡先】

1. 自宅住所

（９）連絡先 電話番号 　　　 　　　　・FAX

（１０）メールアドレス　　　　　 　　　@

（１１）会員名簿に掲載不可の先生は　レ　して下さい。

　　　　□自宅住所　□連絡先電話番号　□連絡先FAX

（１２）C会員の先生へ

　　　　今後の医会からの医報・名簿その他等の印刷物の送付について

　　　　□必要　　　□不要