

返信用

お手数ですが FAX 092-643-6335 または郵送でご返送の程お願い申し上げます。

変更連絡用紙

九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科内
膵臓内視鏡外科研究会事務局行

令和 年 月 日

膵臓内視鏡外科研究会 (個人・施設・賛助) 会員

ご変更内容

| | | | |
|--------|------|-------|------|
| 施設名 | | | |
| 所属名 | | | |
| 施設住所 | 〒 | | |
| TEL | | FAX | |
| e-mail | | | |
| 代表者氏名 | フリガナ | 連絡者氏名 | フリガナ |
| 代表者役職 | | 連絡者役職 | |
| 通信欄 | | | |

現在の登録

ご施設（会社）名： _____

代表者名： _____ （連絡者： _____）