**日本救命医療学会　住所変更届**

下記の住所変更届に必要事項をご記入のうえ事務局宛に**メールにて、Wordのまま**お送りください。

なお、ご変更に１週間以上かかる場合がございますので、ご了承ください。

※変更する項目をご記載ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更希望日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| フリガナ |  | 会員番号 | ※不明の場合は空欄でご提出ください |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| ローマ字 |  |
| 書類送付先 | **※どちらかご選択ください**  　勤務先　　　・　　　　自宅 | | |
| E-mail① |  | | |
| E-mail② |  | | |
| 勤務先 名称・部署 |  | | |
| 勤務先  所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　内線 　　　　　　　FAX | | |
| 自宅  所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | |

**＜　送信先　＞**

日本救命医療学会事務局

E-mail：[jsccm-office@shunkosha.com](mailto:jsccm-office@shunkosha.com)