PASセルフケアセラピィ看護学会　会員情報変更届

以下、会員情報を変更する項目に☑し、必要事項を記入してください

記入日：　　　　　年 　月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | (旧姓　　　　　) | | 会員番号 | |  | |
| 氏　　名 | (旧姓　　　　　) | | 郵送先区分 | | 所属　　　自宅 | |
| メール受信先 | | 所属　　　自宅 | |
| 資格  （専門領域） | 看護師　　 保健師 　　助産師  認定看護師（　　　　　分野）　　　専門看護師（　　　　　分野）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 自　宅　連　絡　先 | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | E-mail | |  | | |
| 所　属　機　関　連　絡　先 | | | | | | |
| 所属機関名 |  | | | 職　種 | |  |
| 住　　　所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号  （内線番号） |  | E-mail | |  | | |

☞会員情報変更届送付先

**PASセルフケアセラピィ看護学会事務局**

**事務局長　川田陽子**

住所：〒583-8501

大阪府羽曳野市学園前３丁目２－１

　　　　　四天王寺大学　看護学部

学会E‐mail ： passct\_office@passct.com

FAX　：　072-956-6011(代)