

一般社団法人日本臨床微生物学会 登録内容変更届

記入日：西暦 年 月 日

会員番号	
------	--

変更内容	
------	--

所属(送付先情報)

団体名称 (担当者名:)	
〒	TEL: (内線)
所在地 * 都道府県を 明記してください	
E-mail:	FAX:

- * 団体名は名簿に掲載されます。
- * 下記の中で名簿への掲載を希望しない項目のある場合は()に×をお書き下さい。
- * 会員情報は、学会の運営・管理のみに利用され、他の目的には使用されません。

<input type="checkbox"/> 団体所在地	<input type="checkbox"/> 団体TEL/FAX	<input type="checkbox"/> E-mail address
--------------------------------	------------------------------------	---

送付先： 一般社団法人日本臨床微生物学会 事務局

〒141-0022 東京都品川区東五反田4-7-25 TYビル3階
FAX: 03-5447-6801
E-mail: jscm@qk9.so-net.ne.jp