日本遺伝看護学会　住所変更等・退会　連絡用紙

記入日　　年　月　日

会員番号	
ご氏名	

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110
山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系
成 育 看 護 学 講 座 （ 中 込 研 究 室 ）
日本遺伝看護学会事務局
Tel/Fax : 055-273-8457
e-mail : idenkango@yamanashi.ac.jp

連絡内容 **（○をつけてください）**	**1. 自宅・現住所変更　　2. 所属機関・勤務先変更** **3. 郵便物送付先・メーリングリスト登録　　4. 退会**

現住所（新）	**住　　所：〒**
	TEL　　FAX
	e-mail
所属機関（勤務先）（新）	**施 設 名：**
	所属部署：
	職　　種：
	住　　所：〒
	TEL　　FAX
	e-mail:

郵送物送付先（○をつけてください）	**現住所　・　所属機関（勤務先）**
メーリングリスト登録 e-mail アドレス（○をつけてください）	**現住所　・　所属機関（勤務先）**

****

退 会 届

＊本学会の会計年度は、4 月 1 日～翌年 3 月 31 日です。
＊退会届作成日の年度の年会費まで納入ください。

今年度(3 月 31 日)をもって退会を希望いたします。(退会届作成日　　年　　月　　日)

****

事務局使用欄

会員名簿変更	メーリングリスト変更	会員ラベル変更	退会届受理