**東京都支部連合会住所変更届**

|  |
| --- |
| □自宅、診療所の住所変更　　　□封筒や案内状の住所の誤り　□姓名変更　　　　　□その他 |
| 卒業 | 専・医・学（　　　　回）／松戸（　　　期）推薦　　／　その他（　　　　　　　※学校名） |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 氏　名 |  | 旧姓 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　　月　　　日生※特定の年代の会員を対象にした講習会等に年齢を利用しています。 |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
| 電話 | ―　　　　― | fax | ―　　　― |
| 診療所または勤務先 | 住所 | 〒 |
| 名称 |  |
| 電話 | ―　　　　― | fax | ―　　　　― |
| 支部連だよりなどの送付希望先 | □自　宅　　　　□診療所（勤務先） |
| その他通信欄 |  |

ＦＡＸ番号０３－３２９４－２８００（２４時間可）