

賛助会員変更届

年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長

殿

変更がある項目に☑を入れ内容を記載下さい

| | | | |
|---|------------------|---|--------|
| 会員番号 | | 変更日 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> フリガナ <input type="checkbox"/> 御社名 | | <input type="checkbox"/> フリガナ <input type="checkbox"/> 御担当者名 | 印 |
| <input type="checkbox"/> 企業情報 | 所属部署 | | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | 電話番号 | FAX番号 | |
| | E-Mail Address | | |
| その他 | ※その他変更があればご記入下さい | | 事務局使用欄 |

ご郵送またはFAXでお送り下さい

〒650-0047
神戸市中央区港島南町1-5-2
神戸キメックセンタービル 3階
TEL:078-306-5945
FAX:078-306-5946
Email: kanri2@anesth.or.jp