

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	<input type="checkbox"/> 所属部署				
	<input type="checkbox"/> 所在地	〒			
	<input type="checkbox"/> 電話番号		<input type="checkbox"/> FAX番号		
	<input type="checkbox"/> 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