変　更　届

西暦 年 月 日 提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | 氏　　名 |  |
| 変更内容　（該当する内容に✔印を付してください） | □氏名　　　□勤務先　　　□自宅住所　　　□メールアドレス |
| 　　変更される項目のみご記入ください |
| ふりがな　　氏　　名 | 　　 | 旧姓 |  |
| ローマ字 | 　姓 |  | 　名 |  |  |
| 勤務先 | （役職 ） |
| 勤務先　　所 在 地 | 〒TEL： FAX： |
| 自宅住所 | 〒TEL： FAX： |
| メールアドレス |  |

【送付先】

郵 送 ：〒890-8544 鹿児島市桜ケ丘8-35-1

鹿児島大学歯学部IR室内　南九州歯学会事務局

E-mail： mshigakukai@d1.dent.kagoshima-u.ac.jp

※南九州歯学会が保有する個人情報を会の利用目的以外に使用・提供することは一切ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局記入欄 |  |