**一般社団法人　日本歯科麻酔学会**

**登録医：学会ホームページ掲載内容変更届**

FAX番号：03-3947-8341

□ **氏名ならびに勤務先都道府県の掲載を希望いたします**

□ **氏名ならびに勤務先都道府県の掲載中止を希望いたします**

□ **掲載内容の変更を希望いたします**

□にチェックを入れて下さい。チェックがない場合は、掲載もしくは変更ができません。

**・掲載を希望される場合もしくは掲載内容を変更される場合は、以下にご記入下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  （変更前） |  |
| 氏名（フリガナ）  （変更後） |  |
| 勤務先名称  （変更後） |  |
| 勤務先住所  （変更後） | 〒 |

※変更箇所をご記入下さい。

※勤務先名称の記入は確認のためのものであり、学会ホームページに勤務先を掲載するものではありません。

※複数の勤務先があり、所在地の都道府県が異なる場合であっても勤務先都道府県の登録は一つのみとなりますので、主な勤務先を記入して下さい。

※出産、育児、その他の理由で勤務先が無い場合は、自宅の都道府県を掲載しますので、勤務先住所欄に自宅住所を記入して下さい。

一般社団法人　日本歯科麻酔学会のホームページの登録医資格者一覧表に、上記の通り、氏名と勤務先都道府県を掲載することを了承します。

年　　　月　　　日

自　署：

TEL：

E-mail：