**住　　所　　変　　更　　届**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　　名 |  | 所属医局 | 大学　　　　　科 |
|  |
| 新    　送    　付  　先 | 〒 | | |
| 1. 勤務先（　名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   ２．自　宅 | | |
| 変更日 | 年　　　月　　　日より | | |

【送付先】　東北整形災害外科学会事務局

FAX : 022-717-7248

E-mail : tohoku\_seisai@ortho.med.tohoku.ac.jp