

住 所 変 更 届

年 月 日

(フリガナ)			
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