**改姓届**

本紙に変更内容を記入のうえ、**Eメールに添付**、**ファクス**、**郵便**のいずれかの方法で下記あてにお送りください。

**E-mail：　info@jsgcs.or.jp**

**Fax：　　 （03）3235-7647**

**郵送：　 〒112-0014　東京都文京区関口１-19-２ 　第２弥助ビル３階**

**一般社団法人日本消化器がん検診学会**

**会員係　宛**

**日付：　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会員NO.** |  | **男**  **・　女** | **職 種（○印）** |
| **ふりがな** |  | 1 . **医師**  2 . **医師以外** |
| **氏　名**  **新 姓** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **旧　姓** |  |
| **貼付する改姓を証明する書類のコピー** | **運転免許証　・　住民票　・　保険証**  **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

個人情報は本学会業務以外の目的で利用することは一切ありません。

一般社団法人日本消化器がん検診学会