

住所等の変更・退会を希望する方はこの用紙にご記入の上、学会事務局までEmailにPDFまたは写真画像を添付して送信、または郵送してください。住所等変更する方は、学会ホームページ (<https://jsnhc.org>) にて申請することもできます。退会を希望される場合、年度途中で退会を申請された場合でも、当該年度末の退会となります。

登録内容変更届 ・ 退会届

年 月 日 届

※該当する方に○をつけてください

会員番号		ふりがな 氏名	
※本学会の役割を担っておられる方は、あてはまるものに○、またご記入ください 理事 評議員 委員 (委員会) 専任査読者 その他 ()			
連絡先	メールアドレス:	TEL:	

登録内容変更届

※ 変更のある項目に☑をつけてください

<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏名	(旧姓)
<input type="checkbox"/>	所属名称	※部署名等を含め詳細に
<input type="checkbox"/>	所属住所	〒 TEL: FAX:
<input type="checkbox"/>	メールアドレス	
<input type="checkbox"/>	職種 (資格等)	看護職 医師 放射線技師 臨床検査技師 理学療法士 作業療法士 その他の医療職 福祉職 その他 () ※あてはまるものに○をつけてください
<input type="checkbox"/>	職位	教授 准教授 助教 講師 助手 病院・施設管理者 病院・施設スタッフ 専修学校教員 その他 () ※あてはまるものに○をつけてください
<input type="checkbox"/>	専門分野	(例;小児看護学)
<input type="checkbox"/>	最終学歴 (学位含)	博士 修士 学士 準学士 その他 出身学校: 学位取得・卒業年:西暦 年
<input type="checkbox"/>	自宅住所	〒 TEL (自宅・携帯):
<input type="checkbox"/>	会誌送付先	勤務先 ・ 自宅 ※どちらかに○をつけてください

退会届

※ 未納の年会費がある場合はご納入ください。

年 月 日
私は、貴学会を本年度末をもって退会を希望いたします。
自 署 _____

※ 事務局より手続きの受付、完了をメールでお知らせいたします。連絡先 (メールアドレス・電話番号) を必ずご記入ください。提出後2週間が経過しても、受付連絡がない場合は事務局までお問い合わせください。