

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.jp/>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。