

adobe Readerで記入と保存が可能です。
ローカルへダウンロード後、記入し再保存し、
メール添付にて事務局宛てに送信してください。

日本医学写真学会会員名簿掲載確認書

- ※ 一旦提出いただいた記載確認書は、記載変更届を提出されるまで有効として扱い、名簿発行の際にその都度適応させていただきます。
- ※ なお記載の可否や内容に変更があった場合は、変更届として氏名横の欄にチェックをし、必要事項を記入のうえ再提出してください。

フリガナ _____		変更届として 提出 <input type="checkbox"/>
氏名 (必須)		
勤務先所属部局名 (省略不可、フルネームで)		
勤務先通称名 (通称名で掲載希望の方のみ)		
勤務先住所	〒 _____	Tel_1 Tel_2 Fax
自宅住所 (掲載希望者のみ)	〒 _____	自宅 Tel_1 自宅 Tel_2 自宅 Fax
E-mail アドレス		
E-mail アドレス(個人用)		
掲載形式の選択 下記の <input type="checkbox"/> 内に✓を入れて下さい。 (旧会員名簿は名前・勤務先・勤務先住所・勤務先 Tel・勤務先 Fax・E メールアドレスを掲載)		
従来どおりに掲載 <input type="checkbox"/> 会員名簿には掲載不可 <input type="checkbox"/>		
掲載項目を選択 <input type="checkbox"/> (下記の掲載希望の項目全てに✓を入れてください)		
名前 <input type="checkbox"/> 勤務先名称 <input type="checkbox"/> 勤務先住所 <input type="checkbox"/> 自宅住所(勤務先が無い方のみ) <input type="checkbox"/>		
勤務先 Tel <input type="checkbox"/> 勤務先 Fax <input type="checkbox"/> 勤務先 E-mail アドレス <input type="checkbox"/>		
自宅 Tel <input type="checkbox"/> 自宅 Fax <input type="checkbox"/> 個人用 E-mail アドレス <input type="checkbox"/>		

(回答が無かった場合は、会員名簿には名前を含む全ての会員情報は掲載されません。)

E-mail アドレス **jamp-admin@umin.ac.jp** FAX 送信先 046-247-1754

できるだけ E-mail にて送信するようお願いいたします。

郵送先 〒243-0121 神奈川県厚木市七沢 722-6

日本医学写真学会 事務局 行