**日本法医学会会員情報変更届**

**（太線枠内は必ず入力して下さい）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会員番号** |  | **氏名** |  | **届出** | **年　　月　　日** |

**以下は変更のある部分を赤字にて入力して下さい**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | フリガナ |  |
| 漢字 | ㊞ |
| ローマ字 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 学　　　歴  （大学または  最終学歴） | 年卒業 | |
| 大学　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科　　　　　　年卒業 | |
| 大学大学院　　　　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　年卒業 | |
| 資　　　格 | 医師　・　歯科医師　・　薬剤師　・　看護師　・　その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 所属・勤務先 | 機関名　　　　　　　　　　　　　　　役職名等　　　 TEL（　　　　） 所在地　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 FAX（　　　　） | |
| 登録（所属）機関 | 1.機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名等 | |
| 2.機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名等 | |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  | |
| 自宅住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　） | |
| 履 歴 | 学　位 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
| 職　歴 | 年　　月 |
| 年　　月 |
| 年　　月 |
| 学会誌送付先 | 所属機関　・　自宅 | |
| 災害時出動の可否 | 可　・　不可 | |
| その他 |  | |
| 名簿への掲載可否 | （名簿へ掲載事項を変更するときのみ入力してください。）  □チェックのある項目について掲載に同意しません。  　　□所属・勤務先機関　□自宅住所　□自宅電話番号　□E-mail　□出身校・卒業年 | |

|  |
| --- |
| **変更などの連絡先**  特定非営利活動法人　日本法医学会  〒112-0012文京区大塚4-21-18  東京都監察医務院内  TEL＆FAX：03-3942-5246  E-mail：leg-med.info@blue.ocn.ne.jp |