

## 賛助会員変更届

年　月　日

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長

殿

変更がある項目に□を入れ内容を記載下さい

| 会員番号         |                  |   | 変更日            | 年　月　日  |
|--------------|------------------|---|----------------|--------|
| フリガナ<br>□御社名 |                  |   | フリガナ<br>□御担当者名 | 印      |
| □企業情報        | 所属部署             |   |                |        |
|              | 所在地              | 〒 |                |        |
|              | 電話番号             |   | FAX番号          |        |
|              | E-Mail Address   |   |                |        |
| その他          | ※その他変更があればご記入下さい |   |                | 事務局使用欄 |

ご郵送またはFAXでお送り下さい

〒650-0047  
神戸市中央区港島南町1-5-2  
神戸キメックセンタービル 3階  
TEL:078-306-5945  
FAX:078-306-5946  
Email:kanri2@anesth.or.jp