**甲信越北陸口腔保健研究会　連絡用紙**

退会届は必ずこの用紙をご使用下さい。変更等は会費納入時、振込用紙の通信欄をご使用いただいても結構です。本用紙を使用される場合は、お名前を必ず明記し、変更したい欄のみをご記入の上、ご面倒でも封書かFAX、またはスキャンしたものをEメールでご送付下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当てはまる項目に○を付けて下さい。   1. 自宅住所、勤務先の変更 2. 連絡先の変更 3. 退会届 4. その他 | | | | 年　 　　月　 　　日 | | | |
| フリガナ | |  | | フリガナ | 現在の連絡先 | | 新希望の連絡先 |
| 氏名（姓） | | （名） | | 旧姓 | 1. 自宅 2. 勤務先 | | 1. 自宅 2. 勤務先 |
| メールアドレス | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | TEL | | | FAX | |
|  | | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | TEL | | | FAX | |
| ＜勤務先名＞  ＜住所＞ | | | | | | | |
| 退会届　　　　　　　　　年　　　　　月末日で退会いたします。 | | | | | | | |
| その他・通信欄 | | | | | | | |

* 変更届後の事務処理は早急に進めますが、連絡・送付等に変更が間に合わない時はご容赦願います。

**宛　先**

甲信越北陸口腔保健研究会事務局

〒951-8514　新潟市中央区学校町通2-5274

新潟大学大学院医歯学総合研究科　予防歯科学分野

TEL: 025-227-2858　FAX: 025-227-0807　nkaneko@dent.niigata-u.ac.jp