

会員番号照会・変更届

下記の通り会員番号の開示および会員情報を変更希望します。

会員番号							記入年月日	西暦	年	月	日	
医籍登録年月日		西暦	年	月	日	医籍登録番号						
生年月日※		西暦	年	月	日							
フリガナ※												
氏名※										印	男・女	
フリガナ												
自宅住所 (都道府県名より記入のこと)		〒										
		TEL	—	—	FAX	—	—					
勤務先	フリガナ 名称 (正式名称で記入のこと)											
	フリガナ 所在 (都道府県名より記入のこと)	〒										
		TEL	—	—	FAX	—	—					
現職		1.教授 2.准教授 3.専任講師 4.講師 5.助教 6.施設長(院長・センター長 etc.) 7.副施設長 8.部長 9.医長 10.医員 11.顧問 12.その他()										
専門科名 (複数選択可)		1.リハ科 2.整形外科 3.内科 4.小児科 5.脳外科 6.神経内科 7.外科 8.老年科 9.その他()										
専門分野 (複数選択可、 必須ではありません)		領域1 脳血管障害, その他の脳疾患(脳外傷を含む) 領域2 脊髄損傷, その他の脊髄疾患(二分脊椎など) 領域3 骨関節疾患(関節リウマチ・外傷を含む) 領域4 脳性麻痺, その他の小児疾患 領域5 神経・筋疾患 領域6 切断 領域7 呼吸器・循環器疾患 領域8 その他(悪性腫瘍, 熱傷など)										
通信物送付先※		自宅 ・ 勤務先										
通信欄												

すべての項目について必ず記入・選択してください。押印必須

下記住所へ郵送いただくか、カラースキャン(白黒不可)でmail添付にてお送りください。

〒101-0047 東京都千代田区内神田1-18-12 内神田東誠ビル2階

公益社団法人日本リハビリテーション医学会

office@jarm.or.jp