　　年　　月　　日

送信先FAX:**03-3580-8533**

**一般社団法人　日本線維筋痛症学会**

**登録情報変更届**

＊必須事項以外は変更部分のみご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号（会員の方必須） |  | 氏名（必須） |  |
| e-mail（必須） | @ | | |

（e-mailは事務局からのご連絡のみに使用いたします。アルファベットははっきりとわかりやすくご記入下さい）

**◎会員情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先 | 住所 | 〒　　　　　　　　　　 　 都・道・府・県　　　　　　　　　　市・郡 | |
| 区 | |
| 勤務先 |  | |
| 所属部署名 |  | |
| TEL/FAX | (TEL) | (FAX) |
| 自宅 | 住所 | 〒　　　　　　　　　　 　 都・道・府・県　　　　　　　　　　市・郡 | |
| 区 | |
| TEL/FAX | (TEL) | (FAX) |
| 連絡先 | □勤務先　　 　　□自宅 | | |

**◎診療ネットワーク登録情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | □診療ネットワーク登録情報の変更　　□診療ネットワーク登録情報の削除  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 医療機関名 |  | | 担当医師名 |  |
| 診療科名 | 内科・リウマチ科・整形外科・心療内科・精神科・神経内科・麻酔科 | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 外来日 | 曜日　／　午前・午後　／ 予約： 要・不要 | | | |
| （備考欄） | | | |
| 医療機関住所 | 〒　　　　　　　　　　 　 　　都・道・府・県　　　　　　　　　　市・郡 | | | |
| 区 | | | |
| TEL/FAX | (TEL) | (FAX) | | |
| 医療機関HP | URL http:// | | | |