**【送付先】北海道内視鏡外科研究会事務局(FAX：011-706-** **5161)**

北海道内視鏡外科研究会

変　更　届

申請日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | |
| ご氏名 | |  | |
| 連絡先 | 住所  （施設名） | 〒 | |
| TEL/FAX | TEL： | FAX： |
| E-mail |  | |
| 旧連絡先 | | 〒 | |
| 通信欄 | | **※住所変更以外の変更については変更内容を下記に記載願います。** | |