**【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。** |