

公益社団法人 日本眼科医会 変更・移動（転入）届

※必須項目(全て記入してください。)

本人記入日：		年		月		日		変更・移動日：		年		月		日	
フリガナ															
氏 名		姓						名							
生 年 月 日		年						月		日		性 別		男性 女性	
開業先 または 勤務先	名 称									TEL					
										FAX					
開業先 または 勤務先	住 所	〒 —													
		メールアドレス（任意）													
医籍登録 登 録 日		第 _____ 号						昭和・平成・令和		年		月		日	

※変更項目（変更箇所のみ記入してください。勤務先変更もしくは氏名変更に関しては、この欄に、旧勤務先、旧氏名を記載ください。）
ただし、都道府県をまたぐ勤務先移動の場合は変更の有無にかかわらず、以下の欄全てに記入してください。

旧会員種別	A B C	旧 所 属 都道府県 眼科医会			新会員種別	A B C	新 所 属 都道府県 眼科医会		
フリガナ									
(旧)氏 名		姓				名			
(旧) 開業先 または 勤務先	名 称					TEL			
	住 所	〒 —							
自 宅 住 所		〒 —				TEL			
眼科専門医制度	1. 専門医登録 No.	2. 志向者登録 No.	3. 受験予定 令和 年	4. なし	文書送付先	(どちらかに○をお付けください) 勤 務 先 ・ 自 宅			

※履歴書（都道府県をまたぐ勤務先移動の場合は必ず履歴の欄も記入してください。）

年 月	職 歴

会費引落口座にご変更がある場合は、
本会ホームページより預金口座振替依頼書を
ダウンロードしご記入のうえご返送ください。

(日本眼科医会ホームページ＞医療関係者向け＞総務企画＞会費引落口座変更について)

都道府県眼科医会会長記入	承認 ・ 保留 ・ 未承認
承認日：	年 月 日
都道府県眼科医会会長名	

※①都道府県をまたぐ移動の場合は、旧所属眼科医会へ控えをお送りください。
②当該書類の保管が必要な場合もコピーし保管ください。