(FAX送信先：03-5282-8809)

**一般社団法人日本ペインクリニック学会　賛助会員変更届(団体用)**

**年　 　月　　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会員番号** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | | | | **ご担当者名** | | | | | | | | |
| **団体名**  **(企業名)** |  | | | | 印 | | | | | | | | |
| **所在地** | **〒　　　　-** | | | | | | | | | | | | |
| **TEL　　　　　－　　　　　－**  **FAX　　　　　－　　　　　－** | | | | | | | | | | | | |

**＊変更された箇所のみご記入ください＊**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** | |  | | | **設 立 日** | | |
| **団体名**  **(企業名)** | | 社印 | | | **(西暦)**  **年　　　月　　 日** | | |
| **英語表記** | |  | | | | | |
| **所在地** | | **〒　　　　-** | | | | | |
| **TEL　　　　　－　　　　　－**  **FAX　　　　　－　　　　　－** | | | | | |
| **ホームページ**  **(任意)** | | https://www. | | | | **URL公開** | |
| **可 ・ 否** | |
| **担当者について** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | | | **性別** |
| **部署名** |  | **氏名** |  | | |  |
| **連絡先** | **E-mail**  **携帯番号等　　　　－　　　　　－** | | | | | |
| **メール配信可否**  **(いずれかに☑）** | | **可　　  重要なら可　  不可** | | | | | |
| **通信欄** | |  | | | | | |

※この書式は団体登録専用です。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (2020.10)