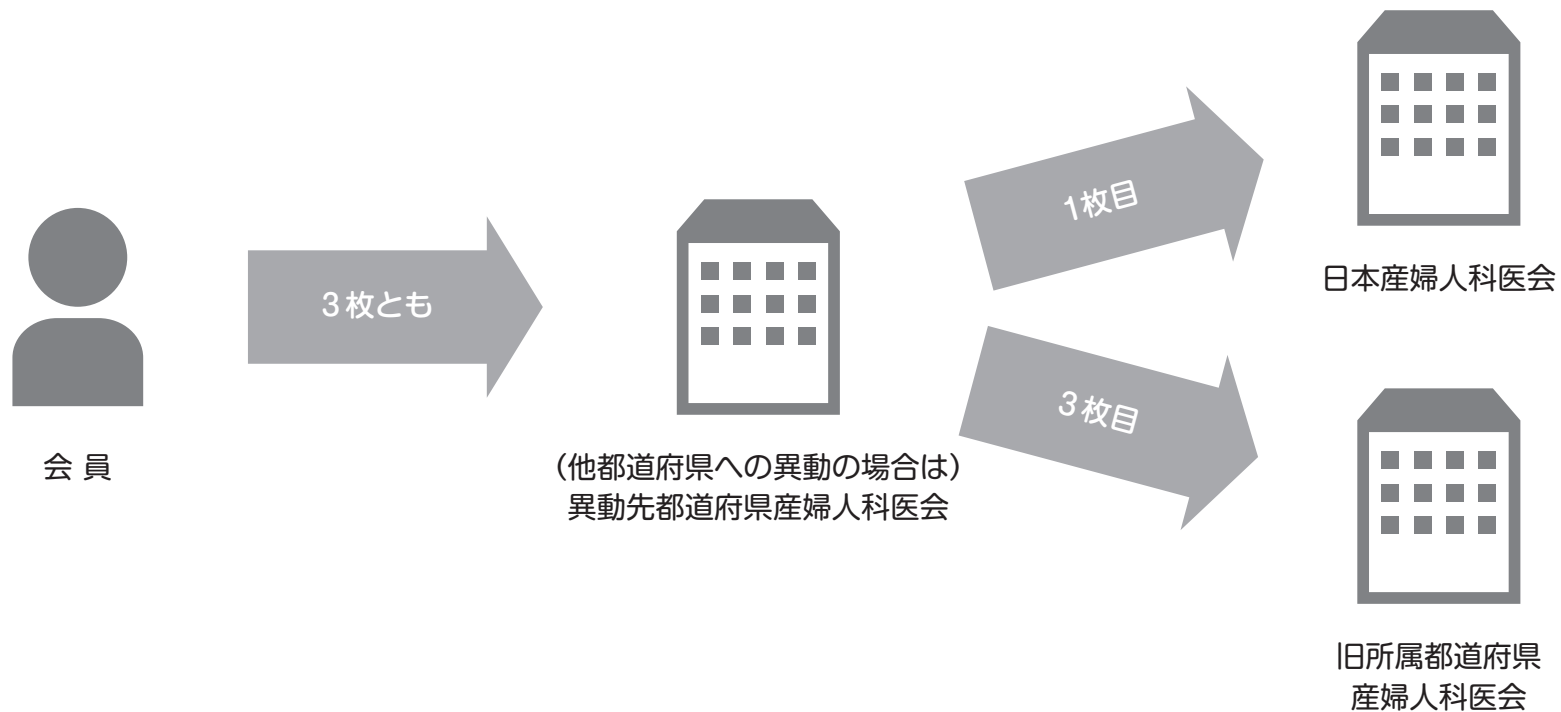


## 変更・異動届の流れ



### 注

- 1 この用紙は3枚複写になっておりますので、3枚目の裏に下敷をしいてボールペンで記入して下さい。
- 2 各項目の中で該当するものは○で囲んで下さい。
- 3 受付日は、各都道府県産婦人科医会受付の年月日を記入して下さい。



様式第3号

公益社団法人日本産婦人科医学会会長殿

# 変更・異動届

年 月 日 受付

所属都道府県	都道府県
所属都道府県 産婦人科医学会会長	印

日本産婦人科医学会用

1 所属都道府県産婦人科医学会の異動

旧	都道府県	地区 支部	班
新	都道府県	地区 支部	班

2 会員種別の変更

旧	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他
新	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他

3 会員の分婉の取り扱い

1. 有	2. 無
------	------

4 指定の異動

旧	指定年月	年 月 日	都道府県
新	指定年月	年 月 日	都道府県

5 医籍登録番号・登録年月日

第	号	年 月 日
---	---	-------

6 出身校・卒業年

大学 医専	年
----------	---

註) 現住所の変更欄は住所表示を含みます。  
 なお、所属都道府県産婦人科医学会の異動があった場合には、3枚目を前所属都道府県産婦人科医学会に送付して下さい。

7 氏名の変更

旧	ふりがな	年 月 日生 1. 男 2. 女
新	ふりがな	

8 現住所の変更

旧	〒	電話 携帯電話 F A X
新	〒	電話 携帯電話 F A X

9 勤務先(診療に従事する医療機関)の異動

名称	旧	役職名	旧
	新		新
所在地	新	〒	電話 FAX
種別	新	1. 病院 2. 診療所	1. 私立 3. その他の法人 5. 大学 2. 医療法人 4. 国公立 6. その他 1. 開業 3. その他 2. 勤務

10 郵便物送り先の変更

1. 現住所 2. 勤務先	1. 2以外の送り先を希望する場合に記入 〒
------------------	---------------------------

11 連絡先メールアドレスの変更

変更後のメールアドレス
-------------

上記のとおり変更・異動しましたので届出いたします。

年 月 日

氏 名

印

様式第3号

公益社団法人日本産婦人科医学会会長殿

# 変更・異動届

年 月 日 受付

所属都道府県	都道府県
所属都道府県 産婦人科医学会会長	印

都道府県産婦人科医学会用

1 所属都道府県産婦人科医学会の異動

旧	都道府県	地区 支部	班
新	都道府県	地区 支部	班

2 会員種別の変更

旧	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他
新	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他

3 会員の分婉の取り扱い

1. 有	2. 無
------	------

4 指定の異動

旧	指定年月	年 月 日	都道府県
新	指定年月	年 月 日	都道府県

5 医籍登録番号・登録年月日

第	号
年	月 日

6 出身校・卒業年

大学 医専	年
----------	---

註) 現住所の変更欄は住所表示を含みます。  
 なお、所属都道府県産婦人科医学会の異動があった場合には、3枚目を前所属都道府県産婦人科医学会に送付して下さい。

7 氏名の変更

旧	ふりがな	年 月 日生 1. 男 2. 女
新	ふりがな	

8 現住所の変更

旧	〒	電話 携帯電話 F A X
新	〒	電話 携帯電話 F A X

9 勤務先(診療に従事する医療機関)の異動

名称	旧	役職名	旧
	新		新
所在地	新	〒	電話 FAX
種別	新	1. 病院 2. 診療所	1. 私立 3. その他の法人 5. 大学 2. 医療法人 4. 国公立 6. その他 1. 開業 3. その他 2. 勤務

10 郵便物送り先の変更

1. 現住所 2. 勤務先	1. 2以外の送り先を希望する場合に記入 〒
------------------	---------------------------

11 連絡先メールアドレスの変更

変更後のメールアドレス
-------------

上記のとおり変更・異動しましたので届出いたします。

年 月 日

氏 名

印

様式第3号

公益社団法人日本産婦人科医会会長殿

# 変更・異動届

年 月 日 受付

所属都道府県	都道府県
所属都道府県 産婦人科医会会長	印

地区用

または

新・旧産婦人科医会連絡用

1 所属都道府県産婦人科医会の異動

旧	都道府県	地区支部	班
新	都道府県	地区支部	班

2 会員種別の変更

旧	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他
新	1. 正 2. 準	1. 指定医師 2. 非指定医師	1. 開業 2. 勤務 3. その他

3 会員の分婉の取り扱い

1. 有	2. 無
------	------

4 指定の異動

旧	指定年月	年 月 日	都道府県
新	指定年月	年 月 日	都道府県

5 医籍登録番号・登録年月日

第	号	年 月 日
---	---	-------

6 出身校・卒業年

大学 医専	年
----------	---

註) 現住所の変更欄は住所表示を含みます。  
 なお、所属都道府県産婦人科医会の異動があった場合には、3枚目を前所属都道府県産婦人科医会に送付して下さい。

7 氏名の変更

旧	ふりがな	年 月 日生 1. 男 2. 女
新	ふりがな	

8 現住所の変更

旧	〒	電話 携帯電話 FAX
新	〒	電話 携帯電話 FAX

9 勤務先(診療に従事する医療機関)の異動

名称	旧	役職名	旧
	新		新
所在地	新	〒	電話 FAX
種別	新	1. 病院 2. 診療所	1. 私立 3. その他の法人 5. 大学 2. 医療法人 4. 国公立 6. その他 1. 開業 3. その他 2. 勤務

10 郵便物送り先の変更

1. 現住所 2. 勤務先	1. 2以外の送り先を希望する場合に記入 〒
------------------	---------------------------

11 連絡先メールアドレスの変更

変更後のメールアドレス
-------------

上記のとおり変更・異動しましたので届出いたします。

年 月 日

氏 名

印