

全日本医師剣道連盟 連絡用 PDF

入会、退会、ならびに連絡先・段位・称号・連絡手段などに変更がある場合、この PDF に記載して、以下のいずれかの方法で連盟事務局にお知らせ下さい。

1. FAX する。 029-855-7446
2. 連盟専用 e-mail : [info@japan-medical-kendo.jp](mailto:info@japan-medical-kendo.jp) に添付して送る。
3. 郵送する。 送付先 : 〒305-0044 茨城県つくば市並木 3 丁目 2 3 - 2 5

全日本医師剣道連盟事務局 林明人

いずれかに○	入会・退会	段位・称号変更	住所変更	電話番号変更	メールアドレス変更
--------	-------	---------	------	--------	-----------

以下のすべての項目に記載し、変更点のある場所を大きい○で囲ってください。

ふりがな			生年月日	年	月	日
氏名			出身大学	学部		
			段位		称号	

連絡先住所（郵便物送付先）	〒 -	
いずれかに○	自宅	
	勤務先	
	固定電話	
	携帯電話	
	メールアドレス 1	
	メールアドレス 2	

以下の欄には、連盟に知らせたいこと等を、ご自由にお書き下さい。

--