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。 03-3346-9275

２．e-mail：tsuka@tokyo-med.ac.jpに添付して送る。

３． 郵送する。 送付先：〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　東京医科大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野内

　　　　　　　　　　　　　　　　　　全日本医師剣道連盟事務局　塚原清彰

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

氏名

生年月日（西暦）

出身大学

段位称号

郵便物送付先住所（いずれかに○　　自宅　・　勤務先）　〒

携帯電話番号

固定電話番号

メールアドレス

備考