

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