(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)