胃外科・術後障害研究会

返送先（FAX）：**03-3238-1837**

施設会員　登録内容確認届

記入日：　　　年　　月　　日

**変更あり※1　・　変更なし**

**※1**変更・訂正がございます場合は、下記にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 現在のご登録情報 | |
| 施設名 |  |
| （フリガナ）  代表者氏名 |  |
| 代表者生年月日**※2** | （西暦） |
| 代表者E-mail **※3** |  |
| （フリガナ）  連絡者氏名　**※4** |  |
| 連絡者E-mail**※3,4** |  |
| 所在地（ご連絡先） | |
| 郵便番号 |  |
| 都道府県 |  |
| 市区町村番地 |  |
| 建物名 |  |
| TEL／FAX | ／ |
| 備考 |  |

事務局使用欄：

**※2**　定年等に伴う代表者変更を把握させていただくため、未登録の場合はご記入をお願いいたします。

名簿作成にあたり、生年月日を公開することはありません。

**※3　E-mailアドレスは、未登録の場合は必ずご記入ください。**

**※4**　連絡者のご登録がある場合、郵便物・E-mailなどによる事務局からのご案内は、連絡者宛てにご連絡させていただいております。連絡者の欄に記入がない場合、または施設代表者ご本人のお名前・E-mailをご登録いただいている場合は、施設代表者宛てにご連絡させていただきます。

FAXまたはE-mail、郵送にて下記事務局までお送りください。

お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

胃外科・術後障害研究会　会長　　上西　紀夫

【事務局・お問い合わせ先】  
〒102-0072　東京都千代田区飯田橋3-11-15　UEDAビル6F　株式会社クバプロ内　担当：坂田・石川

TEL：03-3238-1689　　FAX：03-3238-1837　　E-mail：jsgp@kuba.jp　　HP：http://www.jsgp.jp/