

登録内容変更届

学会登録について以下の変更を届けます。

変更届日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会員番号： OHN

氏名： _____

現連絡先（勤務先または自宅）： _____

【連絡先】

メール： jaohnadmin@mbox.health.uoeh-u.ac.jp

F a x： 093-692-0259

郵 送： 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1

産業医科大学 産業保健学部

産業・地域看護学講座内

↓変更事項に○を付ける

所属 機関 変更	名 称：	
	住 所：〒	
	T E L：	F A X：
自 宅 変 更	住 所：〒	
	T E L：	F A X：
	氏 名：	
そ の 他	ご登録メールアドレス：	
	希望連絡先 自宅 ・ 所属機関	
	その他、備考	