



fax:03 - 5291 - 2176

# 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 行

## 登録内容変更届

該当の変更項目をご記入ください。尚、ご変更には数週間かかる場合がございますので、ご了承ください。

会員番号	—				旧姓									
フリガナ														
氏名														
生年月日	1	9		年			月			日	性別	男	・	女

連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅
-----	------------------------------	-----------------------------

※連絡先(送付先)をご指定下さい

<b>■ 勤務先変更</b>													
名称	所属部署: (職名)												
所在地	〒		—		都道府県								
	TEL:	(内線: 直通)						FAX:					
	E-mail:												
<b>■ 自宅変更</b>													
自宅	〒		—		都道府県								
	TEL:							FAX:					
	E-mail:												
<b>■ 職種変更</b>													
<input type="checkbox"/> ETWOC <input type="checkbox"/> ETWOC以外の看護師 <input type="checkbox"/> 医師(科)													
<input type="checkbox"/> その他 (職種名: )													
<b>■ ETWOCに職種変更する場合は、下記1~4)にも回答ください</b>													
1) ETWOC看護認定看護師・WOCN修了スクール名:													
2) 修了年月日:													
3) WOC看護認定看護師 認定年月日 *:													
4) WOC看護認定看護師 最終認定更新日 *:													
* あてはまる方のみ記入してください													

通信欄
-----