（個人会員用）

　　年　　月　　日

**岡山スポーツ医科学研究会　変更届**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 |  |
|  | 郵便番号　　　　　　－ |
| 連絡先 | 住所 |
|  | ℡　（　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　） |
|  | E-mail  ※ご案内はメールでお送りいたしますのでE-mailアドレスは必ずご記入ください。 |
| 所属（職種） | （　　　　　　　　　） |