

パスワード再発行申請書

年 月 日

※	※
---	---

※事務局使用欄

正会員・特別会員・賛助会員（個人・法人・学生・単年度）・名誉会員

（該当する会員種別に○印をお付けください。）

会員番号

会員名	ふりがな
自宅住所	〒
	電話 ()
勤務先	施設名
	部署名
	所在地
	〒
	電話 ()

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、郵送か FAX でお申し込みください。
なお、新パスワードは通常の郵送物の送付先に郵送でお送りいたします。
ご了承ください。

郵送先 : 一般社団法人 日本東洋医学会

〒105-0022 東京都港区海岸 1-9-18 国際浜松町ビル 6F

FAX 送信先 : 03-5733-5078