中部日本手外科学会　入会申込書

申込年月日：２０　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | □正会員（医師）　□準会員（医師以外） | 入会年度 | 年度（会計年度1月～12月） |
|  |
|  | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) |
| ローマ字 |  |  |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
|  |
| 連絡先 | １．所　属 | ２．現住所 | 　※連絡先（学会誌等送付先）をご指定下さい。 |

 ■所属情報■

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関（名称及び部署・部課） |  |
| （職名　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| TEL： | (内線　　　　) | FAX： |
| e-mail： |
| ■現住所（自宅）情報■ |
| 現住所（自宅） | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| TEL： | FAX： |
| e-mail： |

■その他情報■

１）現在の職業　　　□医師　□医師以外（　　　　　　　　　）

※上記で「医師」を選択した方は、以下もご記入下さい。

２）現在の専門　　a. 整形外科　b. 形成外科　c. その他（　　　　　　　　　　　　　）

３）出身大学　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　　　年卒

４）在席医局　　　a. あり（　　　　　　　　　　　　 ）　b. なし

５）推薦会員　※中部日本手外科学会会員の推薦が必要です。同意を得た上でご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 所　属 |  |
| e-mail |  |

入会申込書送付先（郵送またはFAX）：中部日本手外科学会事務局

〒112-0012文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F 一般社団法人 学会支援機構内

FAX：03-5981-6012