

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	<input type="checkbox"/> 正会員 (医師) <input type="checkbox"/> 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 <small>(名称及び部署・部課)</small>				(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 3F 一般社団法人 学会支援機構内
 FAX : 03-5981-6012