

中部日本手外科研究会 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		(印)						
生年月日	19	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

入会申込書送付先（郵送またはFAX）：中部日本手外科研究会事務局

〒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