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