

# 東日本手の外科研究会 入会申込書

事務局 FAX : 052-836-3510

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	19 年 月 日生
現住所	〒		
	TEL	FAX	
勤務先		役職	
勤務先住所	〒		
	TEL	FAX	
E-mail	ブロック体でわかりやすくご記入ください		
希望送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	出身大学	大学
在籍または出身医局		大学	学教室
特記事項	□来年度以降、会員の継続を希望しません。		

上記により、東日本手の外科研究会への入会を申し込みます。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

## 事務局使用欄

会員番号	申込受領	入金確認	台帳登録	入会承認	備考