

# 東日本手外科研究会 入会申込書

**事務局 E-mail: info@ejhand.jp**

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏 名		生年月日	西暦 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 お問合せはメールで行いますので必ずご記入ください		
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