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 | □男　　□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 | □勤務先　　□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。****（第40回研究会時のみの入会の場合はチェックをお願いします）** |

 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。（年会費　5,000円）

　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 |
|  |  |  |  |  |  |