

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 | <input type="checkbox"/> 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 |
|------|------|------|------|------|-----|
| | | | | | |