

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 39 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