

正会員入会申込書

一般社団法人日本臨床整形外科学会 理事長 殿

ふりがな 氏 名 印 男 女 大正 昭和 平成 年 月 日生 年齢 歳

e-mailアドレス

医療機関 〒

所在地

TEL () -

FAX () -

医療機関

名称

診療形態 病院 ・ 有床診 ・ 無床診 開業 ・ 勤務

〒

自宅住所

TEL () -

FAX () -

出身校 大学 卒業年 大・昭・平 年

出身医局 大学 病院 科

入会申込年月日： 年 月 日

メーリングリスト (ML) 参加 希望する 希望しない

入会申込書記入要領

- 1 該当する項目を○で囲み、必要事項をご記入下さい。
- 2 ふりがなを忘れずにご記入下さい。
- 3 医療機関名称には、法人の場合は必ず法人名をご記入下さい。
- 4 都道府県の臨床整形外科医会を經由してご提出下さい。