

入会申込書

日本臨床腎移植学会 御中

FAX : 03-5981-6012

下記のとおり 個人会員 (医師 ・ メディカルスタッフ) として入会を申請いたします。

申 込 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

	姓 (Family Name)	名 (First Name)	性 別	男 ・ 女
氏名 (漢字)			生年月日 (西暦)	年 月 日生
氏名 (かな)			入会年度	年度
ローマ字				
現住所 (ビル名等 までご記載 ください)	〒 TEL FAX E-mail			
所属機関名 名 称	大学の場合には学部・学科まで、企業・研究所等の場合には部・課までご記入ください。			
所在地 (ビル名等 までご記載 ください)	〒 TEL 内線 FAX E-mail			
連絡先	機関誌等の送付先 [現住所 ・ 所属機関] を○で囲んで下さい。			
	会費請求の送付先 [現住所 ・ 所属機関] を○で囲んで下さい。			
専門科目 区分 どれか一つ を○で囲ん でください	(1)基礎医学 (2)内科 (3)外科 (4)小児科 (5)泌尿器科 (6)整形外科 (7)産婦人科 (8)精神科 (9)皮膚科 (10)麻酔科 (11)放射線科 (12)耳鼻科 (13)眼科 (14)その他 ()			
推 薦 者 (評議員)	所属 _____ 氏名 評議員の推薦はHPよりご確認ください。			
備考				

事務担当者記載

※ 会員番号 763— —

※ 受付日 年 月 日