

入会申込書

日本形成外科手術手技学会
理事長 殿

私は貴会の目的に賛同し、正・準 会員として20____年度からの入会を希望します。
(*本学会は期首1月1日～期末12月31日となります)

申込者氏名 : _____

ローマ字 : _____

生年月日 : (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

現在の勤務先

名称 : _____

住所 : 〒 _____

Tel : _____ - _____ Fax : _____ - _____

E-mail : _____

最終学歴 : _____ 大学 _____ 学部 _____ 学科 _____ 年 _____ 月卒業

現住所

〒 _____

Tel : _____ - _____ Fax : _____ - _____

E-mail : _____

希望通信先 : 現住所 ・ 勤務先 | 専攻科目 : 形成外科 ・ その他(_____ 科)

上記内容は当学会の活動および理事会において承認された使用目的以外に使用されることはありません。上記にご同意の上ご署名をお願い申し上げます。

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____ (印)

* 会員番号 : _____ * _____ 年 _____ 月 _____ 日事務局受付
(*印は記入不要)