

入会申込書

日本臨床内分泌病理学会

会員番号(事務局記入)	年 月 日記入
-------------	---------

氏名	姓	名	性別	1 男	2 女		
	フリガナ						
	漢字		生年月日	19	年	月	日

案内等送付希望先	1.自宅 2.勤務先	入会希望年度	2 0	年度より
----------	------------	--------	-----	------

自宅	郵便番号		-	E-mail		
	電話番号	()	-	FAX番号	() -	
	住所	フリガナ				
		漢字				
	フリガナ					
	漢字					

勤務先	郵便番号		-	E-mail		
	電話番号	()	-	FAX番号	() -	
	所在地	フリガナ				
		漢字				
	勤務先名	フリガナ				
		漢字				
所属	フリガナ					
	漢字					
役職						

卒業校名	学校名		卒業年月		年	月
	学部名		医師免許取得年月		年	月

日本臨床内分泌病理学会理事長殿

貴会に入会致したく上記所要事項を記して申し込みます

本人 氏名 印

(入会申込書が届き次第、事務局から年会費4000円の振込用紙を送付します。)
(学生会員を希望される場合は、学生会員登録申請書を添付して下さい。)