消化器心身医学研究会入会申込書

(フリガナ) 氏　名	 印（またはサイン）
最終学校名	大学（　　大学院）卒業年度　S　H　　年
勤務先住所	〒 TEL　　FAX E-mail
勤務先名	
自宅住所	〒 TEL　　FAX
現職名	

連絡先住所　　勤務先　・　自　宅　（〇で囲んでください）

※ご記入いただきました内容は、当会会員が当会の円滑な運営のためのみ利用し、外部には出しません。

以下は事務局で記入します。

入会年月日	年	月	日
退会記録	年	月	日
その他			

＜送付先＞　鹿児島大学大学院　医歯学総合研究科　社会・行動医学講座
心身内科学分野（心身医療科）内「消化器心身医学研究会事務局」

〒890-8520　鹿児島市桜ケ丘 8-35-1　ＦＡＸ：099-275-5749