

日本胸部外科学会・関東甲信越地方会 入会申込書

入会年月日

会員番号 T

*** 情報登録のため、特に赤の項目は必須となりますのでご記入をお願いいたします。**

申込年月日	年 月 日	*該当する項目に○印をつけ、日付は西暦でご記入願います	
申込区分	<input type="checkbox"/> 日本胸部外科学会 <input type="checkbox"/> 関東甲信越地方会 <input type="checkbox"/> 日本胸部外科学会および関東甲信越地方会		
入会区分	<input type="checkbox"/> 一般会員(通常はこちらです) <input type="checkbox"/> 継続会員(会員歴継続) <input type="checkbox"/> 再入会会員 <input type="checkbox"/> 購読・賛助会員(企業・団体)		
フリガナ			
氏名漢字			
ローマ字			
E-Mail			
所属施設			
所属科			
住所〒			
Tel.	区分: <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> 内線()		
Fax.	区分: <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通		
自宅住所〒			
Tel.			
Fax.			
書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他()		
会員期間	日本胸部外科学会 <input type="checkbox"/> 次年度以降も継続 <input type="checkbox"/> 本年のみ 関東甲信越地方会 <input type="checkbox"/> 次年度以降も継続 <input type="checkbox"/> 本年のみ		
生年月日	年 月 日	性別	
医籍登録番号		医籍登録年月日	年 月 日
UMINのID	*お持ちの方はご記入ください		
最終学歴	大学	年 月 日卒業	
	大学院	年 月 日修了	
専門	<input type="checkbox"/> 心臓・大血管 <input type="checkbox"/> 肺縦隔 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定		
現在の会員区分	<input type="checkbox"/> 日本胸部外科学会の会員である <input type="checkbox"/> 関東甲信越地方会の会員である		
通信欄			

送付先: 〒112-0004 文京区後楽2-3-27 テラル後楽ビル1階 日本胸部外科学会

折り返し年会費振込用紙をお送りいたします。