入 会 申 込 書

日本臨床リウマチ学会　　令和　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏　名	（　　） 男 ・ 女			生 年 月 日（必須） 西暦　　年　　月　　日生
英語表記	姓		名	
職　種 ○をつけて下さい	医師　看護師　OT・PT　企業　その他（　　）			
所属先				
	専門科		役職	
所属先住所	〒			
	TEL：		FAX：	
自宅住所	〒			
	TEL：		FAX：	
E-mail				
通信連絡先	所属先　・　自宅			
UMIN注 ID	無　・　不明　・　有（ID番号　　）分かれば記入してください			

注）大学病院医療情報ネットワークのことです。本学会ホームページ内会員専用ページ利用の際に必要となります。

上記の者を日本臨床リウマチ学会の会員に推薦します。

推薦者（評議員）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊ご記入の上、郵送にて事務局までお申し込みください。請求書と振込用紙を送付させていただきます。