日本救命医療学会　入会届

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 所属科 |  |
| 役職 |  |
| 生年月日 |  |

【学会資料送付先】

□施設　　□自宅

|  |  |
| --- | --- |
| ご住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |

本申込書を受領後、記載住所に「会費払込用紙」を郵送いたします。

入会年月日は、会費払込日となります。

**E-mail：****jsccm-office@shunkosha.com**