

**一般社団法人日本病院前救急診療医学会
入会申込書**

		記入日： 西暦 年 月 日	
会 員 種 別	正会員		
職 種	医師 ・ 看護師 ・ 医療機関に所属する救急救命士		
ふ り が な			性別
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	西暦 年 月 日		
所 属 機 関	所属機関名		
	部署名		
	職名		
	住所 〒		
	T E L FAX		
PCメールアドレス			
PCメールアドレス2			
自宅住所	住所 〒		
	T E L FAX		
専 門 科 名			
連 絡 ・ 郵 送 先	所属機関 ・ 自宅		

* 太枠内のご記入をお願いします。

* 個人情報につきましては、日本病院前救急診療医学会の運営以外の目的に使用いたしません。

注) ・「氏名」には必ずふりがなをつけて下さい。

- ・「所属機関」には、大学・病院などの勤務先を、開業の方は病医院名をご記入下さい。
- ・「職名」は教授、准教授、講師、助手、院長、副院長、部長(医長)、医員などの別をご記入下さい。
- ・「職種」、「性別」、「連絡・郵送先」はそれぞれ該当箇所を○印で囲んで下さい。

〈返信先〉 一般社団法人日本病院前救急診療医学会

E-mail : prehos@herusu-shuppan.co.jp

株式会社 へるす出版 事業部内

〒164-0001東京都中野区中野2-2-3

TEL:03-3384-8177 / FAX:03-3380-8627

事務局記入欄	
入会日	
会員番号	