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　・　賛助会員	
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　〒 ＴＥＬ　　FAX	
PCメールアドレス		
PCメールアドレス2		
自宅住所	住所　〒 ＴＥＬ　　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。
・「会員種別」、「職種」、「性別」、「連絡・郵送先」はそれぞれ該当箇所を〇印で囲んで下さい。

〈返信先〉　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	