

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 〒	
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	