

会員登録用紙

| | | |
|---|--------------------|-----------------|
| 氏名 | | ローマ字 |
| 勤務先 | 名称 | *) 在籍医局 |
| | 所在地 〒 TEL: FAX: | |
| 自宅の住所 (会誌送付先として登録される場合のみご記入ください) 〒 TEL: FAX: | | 生年月日 |
| 会員区分 (○印をつけてください) 1. 医師 2. 医師以外の研究者・医療従事者等 3. 賛助会員 | | 入会年度 (事務局記入) |
| 会誌送付先 (○印をつけてください) 1. 勤務先 2. 自宅 3. その他 (ご記入下さい) | | |

*) 連絡不能の際に問い合わせますのでご記入願います

日本骨・関節感染症学会