

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