|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中国・四国整形外科学会　入会申込書** | | | | | |
| **申込年月日**　**令和**　　　**年**　　　**月**　　　**日** | | | | | |
| **フリガナ** | |  | | | |
| **氏　　名** | |  | | | |
| **生年月日** | | **西 暦** 　　　　　　　**年**　　　　　　　**月**　　　　　　　**日** | | | |
| **勤　 　務　 　 先** | **名　称** |  | | **役　職** |  |
| 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | |
| **E-mail** | |  | | | |
| **出身大学** | | **（　　　　　　　年卒業）** | | | |
| **在籍医局** | |  | | | |
| **郵便物送付先** | | **自宅をご希望の方はご記入ください。** | | | |
| 〒 | | | |
| **日整会入会**  **☑をお願いします。** | | * **入会　□ 未入会** | **専門医取得**  **☑をお願いします。** | | * **有　□ 無** |