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

<table>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="3">西 暦　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">勤
務
先</td><td>名　称</td><td></td><td>役　職</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">〒

TEL：　　FAX：</td></tr>
<tr><td colspan="2">E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">出身大学</td><td colspan="3">（　　年卒業）</td></tr>
<tr><td colspan="2">在籍医局</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">郵便物送付先</td><td colspan="3">自宅をご希望の方はご記入ください。</td></tr>
<tr><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>日整会入会
☑をお願いします。</td><td>☐ 入会　☐ 未入会</td><td>専門医取得
☑をお願いします。</td><td colspan="2">☐ 有　☐ 無</td></tr>
</table>