

日本大腸肛門病学会入会申込書

下記の通り入会申込書を提出します。

ふりがな	(姓)	(名)	押印欄	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名			印	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 非医師
ローマ字				(正会員)	(準会員)
生年月日	(西暦)	年 月 日			
勤務先	名称				
	所属及び職名				
	住所	〒	—	TEL	FAX
自宅	住所	〒	—	TEL	FAX
雑誌送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	e-mail			
基本診療科 (必須)	<input type="checkbox"/> 内科・放射線科・病理科・その他 (I)		<input type="checkbox"/> 外科(IIa)		
	<input type="checkbox"/> 肛門科(IIb)		<input type="checkbox"/> その他 ()		
卒業大学	大学	学部	卒業年度	(西暦)	年 月
医籍登録年月日	(西暦)	年 月 日	医籍登録番号		
推薦評議員の署名(自筆)					
(必須)					
⑩					

この枠内は医師免許証をお持ちでない方だけ記入してください。

取得資格：
主要経歴：
大腸肛門病学の知識の習得（場所、方法、時期、指導者など）

*年会費送金方法(振込手数料は振込人負担)

会費：正会員（医師：10,000円） 準会員(看護師、薬剤師他：8,000円)
郵便振替 口座番号：00160-8-57453 口座名：日本大腸肛門病学会

<p>*入会申込書は振込用紙コピーを添付し郵送にてお送り下さい。</p> <p>郵送先：〒144-0052 東京都大田区蒲田5-43-7-905 TEL:03-6424-7460 FAX:03-6424-7340 「一般社団法人 日本大腸肛門病学会」宛</p>	申請日	
	入金日	
	入会日	
	会員番号	
	備考	