

日本腹部救急医学会 入会申込書

申込年月日： 20 年 月 日

会員種別	1. 正会員 2. 一般会員 3. 準会員	入会年度	年度
------	-----------------------	------	----

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		(印)
生年月日	19 年 月 日	性別 男 ・ 女

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※連絡先（学会誌等送付先）をご指定下さい。

■所属情報■

所属機関 (名称及び 部署・部課)			
	(職名)		
所在地	〒 -		
	TEL :	(内線)	FAX :
	e-mail :		

■現住所（自宅）情報■

現住所 (自宅)	〒 -		
	TEL :	(内線)	FAX :
	e-mail :		

■専門情報■

専 門 分 野	<input type="checkbox"/> 外科(食道) <input type="checkbox"/> 外科(胃) <input type="checkbox"/> 外科(大腸) <input type="checkbox"/> 外科(肝胆膵) <input type="checkbox"/> 外科(その他) <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 救急・集中治療 <input type="checkbox"/> その他
------------	---

入会申込書送付先： 〒112-0012 文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4F 一般社団法人 学会支援機構
FAX : 03-5981-6012