

多発性付着部炎研究会入会申込書

申込日: 令和 年 月 日

ふりがな

お名前

氏

名

Last name

First name

英語表記 Name

連絡用アドレス

@

勤務先

役職

専門科(一つに○) 内科 整形外科 小児科 放射線科 ペイン 精神・心療 病理 他:

日本リウマチ学会 リウマチ専門医

有

無

日本リウマチ学会 リウマチ指導医

有

無

連絡事項

*本申込書は、075-252-1399まで **Fax**して下さい。

*年会費は¥3000です。別紙「年会費納入のお願い」をご参照頂き、1週間以内に会費納入下さい。納入完了をもって、入会とします。もし入金後、1週間以内に事務局よりメール連絡が無いようなら、代表の秋岡まで、メールでご連絡ください。

*メールアドレス: sakioka@koto.kpu-m.ac.jp

事務局使用欄

入会日
確認日
会員番号

事務局担当者名

ver.02 20160925