

日本皮膚科学会東海地方会 入会申込書(正会員)

入会申込日	年 月 日	卒業大学	大学 学部 年(西暦) 月卒業
ふりがな		皮膚科 研修歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※研修歴がある方は略歴を記入 <b>【略歴】</b>
氏名			
性別・生年月日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年(西暦) 月 日		
日本皮膚科学会	会員番号: ( 年 月 日入会)		
電子メール		勤務先区分	<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 個人診療所 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 他( )
自宅住所	〒	所属大学	<input type="checkbox"/> 愛知医科大学 <input type="checkbox"/> 名古屋大学 <input type="checkbox"/> 名古屋市立大学 <input type="checkbox"/> 藤田保健衛生大学 <input type="checkbox"/> 岐阜大学 <input type="checkbox"/> 三重大学 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 無所属
	TEL: FAX:		
勤務先		所属医会	<input type="checkbox"/> 愛知県皮膚科医会 <input type="checkbox"/> 岐阜皮膚科医会 <input type="checkbox"/> 三重皮膚科医会 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 無所属
勤務先住所	〒		<p>私は、貴会の趣旨に賛同し入会を申し込みます。 また、規約を遵守することを誓います。</p>
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	署名: _____	

推薦者	日本皮膚科学会東海地方会評議員	事務局受付日	年 月 日
	印	入会日	( 年 月 日承認) 年 月 日
		会員番号	TOKAI -

1) 入会日は事務局受付日または日皮会入会日のうち遅い日付になります。2) 入会金および年会費は3月に請求します。3) 漏れなく記入して事務局にお送りください。  
4) お問い合わせメール: tdjda-hq@umin.ac.jp 5) ホームページ: http://jd-tokai.umin.jp