

日本救急医学会関東地方会 入会申込書

届出日： 年 月 日

- 必ずしも本状をご利用いただく必要はございません。必要な登録項目をメール等で直接ご連絡頂いても結構です。
- 楷書で正確に記入してください。太枠内*印のついた項目は必ず記入してください。
- 黒一色で記入してください。色の薄いボールペン、鉛筆はFAXを通すと判読できなくなるため、避けてください。
- メールアドレスの記入に際しては、判読できるよう、ブロック体で大きくお書きください。また携帯メールは避けて下さい。

*ふりがな	
*氏名	
*生年月日	(西暦) 年 月 日
*職種	医師・看護師・救急救命士・救急救命士以外の消防職員・薬剤師・ ME・検査技師・放射線技師・MSW・その他()
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先(自宅記入は不要) <input type="checkbox"/> 自宅
*e-mail	※ブロック体で明瞭に記入して下さい。※携帯メール不可
*勤務先	
*部署	
*勤務先所在地	〒
*勤務先TEL	
勤務先FAX	
自宅住所	〒
携帯番号 自宅TEL	
*初年度年会費 ※下線部に記入し いずれかをチェック	<input type="checkbox"/> 医師免許取得年 _____ 年 (初期臨床研修医、医師免許取得後3年以 下に該当する場合は記入) <input type="checkbox"/> クレジットカード決済予定 <input type="checkbox"/> りそな銀行へ振込(予定)日: 月 日 ※振込手数料は各自負担
通信欄	

【初年度年会費】5,000円 ※ただし初期臨床研修医、医師免許取得後3年以下は初年度会費が免除されます。

入会届を事務局へ送付後、会員マイページのログイン情報をメールでご案内いたします。会員マイページからクレジットカード決済が可能です。振込ご希望の場合は【年会費の振込先】(振込手数料は各自ご負担ください)

りそな銀行 中野支店 普通口座 1650709 口座名：日本救急医学会関東地方会

振込名義：カントウ タロウ シンニュウカイ と記入してください