



一般社団法人日本先端心臓血管外科－OPCAB学会

# 入会申込書

一般社団法人日本先端心臓血管外科－OPCAB学会 事務局 行

e-mail:opcab@ech.co.jp / FAX:03-6863-2510

以下に必要事項を明記の上、EメールまたはFAXにてお送りください。

<b>①若手会員</b> (年齢 35 歳未満)	<b>②会 員</b> (年齢 35 歳以上)
-----------------------------	----------------------------

※上記いずれかに丸印を記入してください。

(記入日：            年            月            日)

<b>氏名：</b> _____ <b>ふりがな：</b> _____
<b>生年月日：(西暦)</b> 年            月            日 (            歳)
<b>卒業大学：</b> _____ <b>卒業年度：</b> _____
<b>所属施設：</b> _____
<b>所属医局・職位：</b> _____
<b>住所：〒</b> _____
<b>TEL：</b> _____
<b>E-mail：</b> _____
※メールアドレスは必ずご記入ください。
【資格】医師国家試験合格者 ①若手会員：年齢 35 歳未満    ②会員   ：年齢 35 歳以上
【年会費】①若手会員：5,000 円            ②会員   ：10,000 円
【特典】学会 HP で紹介、情報案内メールの提供、OPCAB 吻合練習機 BEAT S1 の無料貸出他