

日本外傷学会 入会申込書

氏名		卒業 年月	西暦 年 月卒業	
カナ氏名				
英文氏名 (大文字)				
かな勤務先				
勤務先名称				
部署名				
職 種	1. 医師 2. その他 ()			
勤務先住所	〒 ー 都道 府県 市町 村郡			
勤務先 メールアドレス1				
TEL	()	(内線)	会誌送付先 1. 勤務先 2. 現住所	
FAX	()			
自宅住所	〒 ー 都道 府県 市町 村郡			
	TEL ()		FAX ()	
自宅 メールアドレス2				
年会費振込予定日(もしくは振込完了日) 西暦 年 月 日				
通信欄 (事務局へ申し送り事項がある場合は記入して下さい。)				
事務局記入欄 (ここには何も記入しないで下さい。)				
[会員番号 -] 入会日 年 月 日 入会処理日 年 月 日				

日本外傷学会事務局行
FAX 03-5291-2176