

日本外傷学会 入会申込書

フリガナ		卒業年度	西暦	年（昭和・平成	年）
氏名					
フリガナ					
勤務先	（大学, 病院）				科
職 種	1. 医師                      2. その他（                      ）				
勤務先住所	〒                      -                      都道 府県                      市町 村郡				
TEL	（                      ）	（内線                      ）		E-mail	
FAX	（                      ）				
自宅住所	〒                      -                      都道 府県                      市町 村郡				
	TEL	（                      ）	FAX	（                      ）	
会誌の送付先	1. 勤務先                      2. 現住所				
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。）					
[ <b>会員番号</b> -                      ] 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