

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	〒 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	〒 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