

日本外傷学会 入会申込書

申込日 年 月 日

カナ氏名		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		卒業年月	西暦	年	月	卒業
		職種	1. 医師 2. その他 ()			
英文氏名 (大文字)		医籍番号 (医師の場合)				
会誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅 (いずれかに○をつけてください)					
かな勤務先						
勤務先名称						
部署名						
勤務先住所	〒 —					
			都道府県			市町村 村郡
		TEL ()	(内線)	FAX ()		
自宅住所	〒 —					
			都道府県			市町村 村郡
		TEL ()	FAX ()			
メールアドレス1 (メイン)						
メールアドレス2 (サブ)						
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

E-mail: jast@shunkosha.com

FAX : 03-5291-2176