

ISMSJ 入会申込書(学生会員用)

申込年月日: 20 年 月 日

	姓 (family name)	名 (given name)	性別 男・女
ローマ字			生年月日
フリガナ			19 年
氏名			月 日
職業・資格など	医師・歯科医師・臨床検査技師・臨床工学士・看護師 RPSGT・その他 ()		
学校名	名称:		
	学部	学科	回生
	大学院(修士課程・博士課程)(専攻) 回生
	(その他:)		
	住所:(〒)		
	TEL:	FAX:	
自宅	住所:(〒)		
	TEL:	FAX:	
希望連絡先	勤務先・自宅		
e-mail			
年会費	20 年度 2000 円		
事務局記入欄	受理	年	月 日
	会員番号		
	入会年度	20	年度

在学を証明する書類または学生証のコピーを同封して下さい

入会申込書送付先: 〒532-0004

大阪市淀川区西宮原 1-8-29 テラサキ第 2 ビル 8F コネット内
ISMSJ 事務局 宛