

ISMSJ 入会申込書(正会員用)

申込年月日: 20 年 月 日

	姓 (family name)	名 (given name)	性別 男・女
ローマ字			
フリガナ			生年月日 19 年 月 日
氏名			
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 ()		
勤務先	名称:		
	住所:(〒)		
	TEL:		FAX:
自宅	住所:(〒)		
	TEL:		FAX:
希望連絡先	勤務先・自宅		
e-mail			
主要所属学会			
年会費	20 年度	8000 円・4000 円	
事務局記入欄	受理	年 月 日	
	会員番号		
	入会年度	20 年度	

入会申込書送付先: 〒532-0011 大阪市淀川区西中島 5 丁目 5-15 コネット内
ISMSJ 事務局 宛