

# 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)	
ローマ字			性別 男 ・ 女
フリガナ			生年月日
氏名			19 年 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 ( )		
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: 〒532-0004

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