送信先ＦＡＸ．03-6267-4555　メールアドレス　maf-hokuseikai@mynavi.jp
住　所　〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋１-１-１パレスサイドビル
(株)毎日学術フォーラム内　北海道整形災害外科学会事務局

北海道整形災害外科学会　入会申込書

申込年月日　　年　　月　　日

会員番号	７５８	ー				ー				

会員種別※	1. 正会員　2. 準会員　3. 賛助会員	入会年度※※	年度

※会員種別：1.正会員は日本医師免許証を有する個人、2.準会員は正会員以外の個人、3.賛助会員は本会の事業を賛助する個人または団体（企業等）
※※入会年度：当会の年度は、毎年4月から始まり、翌年3月末をもって終了します例：2016年度　2016年4月～2017年3月

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏　名		

生年月日	1 9			年			月			日	性 別	男　・　女

連絡先	1.　所 属	2.　現住所

※連絡先（送付先）を必ずご指定下さい。

■所属機関■

名 称	(職名　　)
所在地	〒　　－ TEL：　　(内線：　　・直通)　FAX：

■現住所（自宅）■

現住所	〒　　－ TEL：　　FAX：

■電子メールアドレス■　必ずご記入下さい。

@

■出身校・在籍医局■　必ずご記入下さい。

出身校	大学　　年 卒
在籍医局	大学　　科