

# 入 会 申 込 書

貴学会へ入会を申込みます。

※太枠の中をご記入下さい

フリガナ			郵便物 発送先	勤務先 ・ ご自宅			
ローマ字							
氏 名		印					
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男 ・ 女	
E-mail							
勤務先	名称 (部署名まで)				身分 職名		
	住所 (都道府県 から記載)	〒					
	TEL		FAX				
ご 自 宅	住所 (都道府県 から記載)	〒					
	TEL		FAX				
出身校・学部・ 卒年							
大学院名・修了年							
医師免許	医籍登録	第	号	西暦	年	月	日
歯科医師免許	歯科医籍登録	第	号	西暦	年	月	日
UMIN-ID の 保有状況 ※1	<input type="checkbox"/> 未保有 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 保有 UMIN-ID ⇒					
備考欄							
推薦者（現学術評議員）署名欄 ※2							

※1 UMIN-ID 未取得者には学会が取得します。既得者で不明の方には、お調べしてお知らせします。パスワードについては学会でお調べすることが出来ませんので、ご自身で UMIN へ再設定のお手続きをしてください。

※2 入会には現学術評議員の推薦署名（自署）が必要です。

学会記入欄

区分	新入会	再入会	申込書入力日		会員登録日		
入会年度			完了通知				
入会年月日			支部	北海道	東北	関東	中部
入金日				近畿	中国四国	九州沖縄	