会員番号　703-　　-

日本人工関節学会　入会申込書

申込日　　年　月　日

会員種別	正会員	入会年度	年度

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏　名		
生年月日	１９　年　月　日	性 別　男(male) ・ 女(female)

連絡先	1. 所 属	2. 現住所

※連絡先(送付先)をご指定ください

■ 所属情報 ■(機関名・診療科等)

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

■ 現住所(自宅)情報 ■

現住所（自宅）	〒　－
	TEL:　　FAX:

■ メールアドレス ■ ※必ず入力してください

E-mail address	

■ その他情報 ■ 記入例:○○大学 整形外科等

出身又は在籍医局		卒業年次	（西暦　　年）

■ E-mailでの各種案内を　□ 希望する　・　□ 希望しない

日本人工関節学会事務局 （入会申込書送付先）
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル 9F （株）毎日学術フォーラム内
Tel.03-6267-4550 Fax.03-6267-4555 E-mail：jsra@mynavi.jp