

日本外傷学会 入会申込書

氏名				卒業 年月	西暦 年 月卒業	
カナ氏名						
英文氏名 (大文字)						
医籍番号 (医師の場合)		生年月日		男 ・ 女		
かな勤務先						
勤務先名称						
部署名						
職 種	1. 医師 2. その他 ()					
勤務先住所	〒 ー	都道 府県	市町 村郡			
勤務先 メールアドレス1						
TEL	()	(内線)		会誌送付先 1. 勤務先 2. 現住所		
FAX	()					
自宅住所	〒 ー	都道 府県	市町 村郡			
	TEL ()		FAX ()			
自宅 メールアドレス2						
年会費振込予定日(もしくは振込完了日) 西暦 年 月 日						
通信欄 (事務局へ申し送り事項がある場合は記入して下さい。)						
事務局記入欄 (ここには何も記入しないで下さい。)						
[会員番号 -] 入会日 年 月 日 入会処理日 年 月 日						

日本外傷学会事務局行
FAX 03-5291-2176