|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日本外傷学会　入会申込書** | | | |
| 申込日　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| カナ氏名 |  | 生年月日 | 西暦　 　 年　 月　 日 |
| 氏　名 |  | 卒業年月 | 西暦　　　　年　　　月卒業 |
| 職　種 | 1. 医師 2. その他   （　　　　　　　　　） |
| 英文氏名  (大文字) |  | 医籍番号  (医師の場合) |  |
| 会誌送付先 | 1. 勤務先　　　　　２.　 自宅　　　　（いずれかに〇をつけてください） | | |
| かな勤務先 |  | | |
| 勤務先名称 |  | | |
| 部署名 |  | | |
| 勤務先住所 | 〒　　　　― | | |
| ＴＥＬ　　　（　　　　　）　　　 （内線　 　 ） | ＦＡＸ　　　（　　　　　） | |
| 自宅住所 | 〒　　　　― | | |
| ＴＥＬ　　　（　　　　　） | ＦＡＸ　　　（　　　　　） | |
| メールアドレス１  （メイン） |  | | |
| メールアドレス２  （サブ） |  | | |
| 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**

**E-mail:jast@shunkosha.com　　FAX：03-5291-2176**