

日本脊髄障害医学会 入会申込書

医師

●太線枠内に楷書ではっきりとお書きください

記入年月日： 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日 (西暦)	
氏名		<input type="checkbox"/> 男	(年月日)	
		<input type="checkbox"/> 女		
職種 および 専門科	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 基礎研究 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	職域	<input type="checkbox"/> 一般医療職 ( ) <input type="checkbox"/> 教職 ( ) <input type="checkbox"/> 研究職 ( )		
専門科名				
最終卒業校		卒業年	年卒	
所属教室				
過去の入会歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (退会： 年)			
国家資格・免許等			取得年月	
医師免許			年 月	
			年 月	
			年 月	
勤務先 (郵送物送付先)	施設名			
	所属科名			
	役職名			
	住所	〒		
	電話		FAX	
	E-mail			
自宅	住所	〒		
	電話		FAX	
	E-mail			

異動や変更等の場合には速やかに変更届をご提出ください

※印には記入しないでください

※事務局記入欄

※入会年月日 (年月日)