

(様式1-2)

受	理	
承	認	
入	会	年

入 会 申 込 書

(研修会員用)

ローマ字氏名					生 年 月 日	(西暦)	年 月 日			性 別		
フリガナ							男	女				
氏 名												
Email											Email アドレスは必ずご記入ください	
現 住 所	〒 _____				Tel. - -							
					Fax. - -							
臨床研修施設	名 称											
	所 在	〒 _____				Tel. - -						
						Fax. - -						
臨床研修開始年	(西暦) 年											
出 身 校	(西暦) 大学 年 月 卒				医籍登録	番 号						
						取得年月日						
郵便物送付先	1. 現住所 2. 臨床研修施設 (希望する方に○をつけてください)											

_____ 年 月 日

申込者署名 ㊟

上記の者を日本整形外科学会の研修会員に推薦します。

推薦者署名 ㊟
(役員又は代議員)

推薦者は、推薦理由を下記にお願いします。