

(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 | <small>Emailアドレスは必ずご記入ください</small> | | | | | | | | | | |
| 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 <small>(希望する方に○をつけてください)</small> | | | | | | | | | | |

_____ 年 月 日

申込者署名 (印)

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 (印)
(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。