

(様式1-1)

# 入会申込書

(正会員用)

受理	
承認	
入会年	

入会種別	1. 新規入会							
	2. 再入会	退会年月	年 月	退会理由				
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.	-	-		
勤務先	名称							
	所在	〒 _____			Tel.	-	-	
専門	1. 整形外科	1. 開業		現職				
	2. 他の科 ( )※1	2. 勤務医						
出身校	(西暦) 大学 年 月 卒			医籍登録	番号			
					取得年月日			
臨床研修開始年	(西暦) 年							
整形外科専門研修	専門研修プログラム参加			カリキュラム制を選択				
在籍医局名 又は 所属機関名	大学			科				
	病院							
郵便物送付先	1. 現住所		2. 勤務先		(希望する方に○をつけてください)			

年 月 日

申込者署名

印

上記の者を日本整形外科学会の正会員に推薦します。

第一推薦者署名

印

(役員又は代議員) ※2

第二推薦者署名

印

(役員又は代議員) ※2

※1: 専門が2. の方は推薦理由を下記にお願いします。

--

※2: 推薦者2名は、役員2名、役員1名および代議員1名、又は代議員2名のいずれでも可。