**入　　会　　申　　込　　書**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  (ﾌﾘｶﾞﾅ) 　　　氏　　名  |  | 所属医局 | 　　　　　大学　　　　　科 |
|  |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 専門 | 1. 整形外科

２．他科（　　　　　　　　　） | 現職 |  |
| 出　　身　　校 | 　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　年　卒業 |
| メールアドレス |  |
| 　 郵 便 送 付 先 |  １．自　宅〒　　　　　　　　　２．勤　務　先 |
|  雑　誌　送　付※ |  １．要　　　　　　　　　２．　不　要 |

 ※本学会会員は「東北整形災害外科学会雑誌」のオンラインジャーナル版を無料で閲覧できます。

【摘　　　　要】　１．年度は、4月1日から翌年3月31日です。

２．記載情報は、学会運営上必要な範囲で適切に利用させていただきます。

【申込書送付先】　東北整形災害外科学会事務局

FAX : 022-717-7248

E-mail : tohoku\_seisai@ortho.med.tohoku.ac.jp