

入 会 申 込 書

年 月 日

(フリガナ)			
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