**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