日本リウマチの外科学会入会申込書

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 出身大学 |  | 医　師医師以外 | 卒業年 |  |
|  |
| 勤務先 | 施設名 |  | 科名 |  |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| e-mail |  |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| e-mail |  |

* 先生方へのご連絡は電子メールとさせていただきますが、

ご案内等(郵便物)の送付希望先に○印を付けて下さい。

勤務先 　・ 　ご自宅

郵送、FAX、e-mailにて下記事務局宛にお申し込みください。

後日、年会費10,000円のお振込先等をご連絡いたします。

日本リウマチの外科学会事務局

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒232-0024　横浜市南区浦舟町4丁目57番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　横浜市立大学附属市民総合医療センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　リウマチ膠原病センター内

　　　　　　　　　　　　　　　　電話: 045-261-5656 (内線2035)　FAX: 045-262-1718

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail: ra-surg@yokohama-cu.ac.jp