

日本整形外科スポーツ医学会 入会申込書(準会員)

フリガナ				事務局使用欄
氏 名				
生年月日	(西暦)	年	月	日生
			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先			役 職	
勤務先住所	〒			
TEL		FAX		
E-mail				
自宅住所	〒			
TEL		FAX		
雑誌送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 自宅	
出身校	大学 学校 (西暦)			年卒
資 格	該当する資格に○をして下さい。 1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 日本体育協会アスレティックトレーナー (その他、上記以外に保有している資格がありましたらご記入ください)			
会費納入方法	<input type="checkbox"/> 自動振替		<input type="checkbox"/> 郵便・銀行振込	

一般社団法人日本整形外科スポーツ医学会の趣旨に賛同し、入会いたしたく申し込みます。

年 月 日

署名 _____

上記の者を一般社団法人日本整形外科スポーツ医学会の会員として推薦いたします。

推薦代議員

署名 _____