

## 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			職種 又は 役職	
勤務先住所	〒			
TEL		FAX		
E-mail				
自宅住所	〒			
TEL		携帯番号		
郵送物送付先	<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. JSPO公認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"/> 銀行等振込	

\* 入会申込書に下記書類を添えてください。

(1) PT、OT、日ス協(JSPO)AT以外の資格保有者: 活動歴、(2)スポーツ医科学研究者: 業績、活動歴、(3)学生(医師を除く): 在学証明書

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 \_\_\_\_\_