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	□ 男 □ 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	□ 勤務先　　□ 自宅				
出 身 校	大学 学校　（西暦）　　年卒				
資　格	保有している資格を記載ください。				
会費納入方法	□ 自動振替　　□ 郵便・銀行振込				

＊入会申込書に下記書類を添えてください。
（1）PT、OT、日体協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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿