

# 日本整形外科勤務医会入会申込書

日本整形外科勤務医会会長殿

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
出身大学・卒業年 \_\_\_\_\_ 大学・西暦 \_\_\_\_\_ 年

勤務先名称 \_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E - m a i l \_\_\_\_\_ (必ずご記入ください)

自 宅 住 所 〒 \_\_\_\_\_

自 宅 電 話 \_\_\_\_\_

\*会報等の送付・連絡先（1 自宅 2 勤務先）どちらかを選んでください。

●会費の納入については、下記の地区・支部会員の先生は各事務局にお願い致します。

◇関東支部（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県）

◇青森支部（青森県） ◇山形支部（山形県）

◇愛知支部（愛知県） ◇大阪支部（大阪府） ◇兵庫支部（兵庫県） ◇香川支部（香川県）

●上記地区・支部以外の先生は、下記振込票を使用するか、もしくは口座に年会費を振り込んでください。

●年 会 費：2000円

●振 込 票：口座番号（郵政事業庁）00240-7-69749 加入者名：日本整形外科勤務医会事務局

●銀行振込：支店名：ゆうちょ銀行〇二九店（ゼロニキュウ店） 種別：当座 口座番号：0069749

入会申込書送付先

日本整形外科勤務医会事務局

吉田 英彰（よしだ ひであき）

〒197-8511 東京都福生市加美平 1-6-1

公立福生病院内

Tel 042-551-1111

Fax 042-552-2662

E-mail info@josa2008.com