

「腎移植・血管外科研究会」入会申込書

下記の要領に従って入会申込書を御記入の上、腎移植・血管外科研究会事務局までメール又は、FAXにて御返送願います。

《要 領》

枠内に御記入の上御返送ください。

- 1.入会申込書は楷書ではっきりと御記入下さい。
- 2.生年月日、卒業年は西暦で御記入下さい。

《入会申込書、問い合わせ先》

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
 東邦大学医学部 腎臓学講座／小児腎臓学講座内
 腎移植・血管外科研究会事務局
 TEL 03-3762-4151 内線6758
 FAX 03-5471-3056
 E-mail rtvs@med.toho-u.ac.jp

腎移植・血管外科研究会入会申込書

会員No.

| | | | |
|--------------|--|----------|-------|
| 氏 名 | | ローマ字 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 出身校 | (年卒) |
| 勤務先名 | | ご所属 | 科 |
| 住所 | 〒() | | |
| 電話 | () | FAX: () | |
| 種別 いずれかに○ | 専門医(年会費10,000円)・前期研修医(年会費8,000円)・医療スタッフ会員(年会費3,000円) | | |
| 自宅住所 | 〒() | | |
| 電話 | () | FAX: () | |
| E-mail | @ | | |
| 書類送付先 | 自宅・勤務先 (○印をつけて下さい) | | |