

「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》

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
 大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座(泌尿器科学)内
 腎移植・血管外科研究会事務局
 TEL 06-6879-3531
 FAX 06-6879-3539
 E-mail rtvs@uro.med.osaka-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)		