

会員番号	723	-							
入会年度	： (西暦)		年度						

申込日：西暦 年 月 日

日本股関節学会 入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、下記の会員として入会を希望します。

会員種別名	会員資格
<input type="checkbox"/> 正 会 員	医師
<input type="checkbox"/> 準 会 員：医師以外 → (職種に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 () 推薦者名(正会員1名)：
<input type="checkbox"/> 臨時会員：医師以外	学術集会/Hip Joint誌 Supplement の医師以外の共著者

※入会を希望する会員種別の口に✓を記入してください。

	姓(Familyname)	名(Givenname & Middlename)	
フリガナ			
氏 名			
生年月日	19	年	月 日 性別 男 ・ 女

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※連絡先(送付先)をご指定ください

■所属情報■

名 称	(現職)		
所在地	〒	-	都道府県
	TEL:	(内線: ・直通)	FAX:
	E-mail:		

■現住所(自宅)情報■

現住所	〒	-	都道府県
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		

■専門情報■

最 終 学 歴	(西暦 年) 卒業
在 籍 教 室	

■日本股関節学会事務局 (入会申込書送付先)

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル 9F (株) 毎日学術フォーラム内
 TEL : 03-6267-4550 FAX : 03-6267-4555 E-mail : jhs@mynavi.jp