

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

勤務先名称 _____

勤務先住所 〒 _____

電 話 _____ FAX _____

E-mail _____

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、支部会員の先生は支部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)

●上記支部以外の先生は、会費振込票で年会費を振り込んでください。

●年会費 2000円

●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

店名：〇二九店 (ゼロニキュウ店) 預金種目：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
田尻 康人 (たじり やすひと)
〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿 2-34-10
東京都立広尾病院
Tel 03-3444-1181
Fax 03-3444-3196
E-mail info@josa2008.com