

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 _____

勤務先名称 _____

勤務先住所 〒 _____

電 話 _____ FAX _____

E-mail _____ (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。

◇関東地区 (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)

●上記地区・支部以外の先生は、下記口座に年会費を振り込んでください。

●年会費 2000円

●振替票：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 (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

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