

日本下肢救済・足病学会 入会申込書

申込年月日	2019 年 月 日	会員番号	(事務局記載欄)
入会年度	2019 年度 ※7月に合併予定のため、新学会にて再度ご入会登録手続きをお願いいたします。		

会員種別	いずれかを○で選択ください		
	1. 正会員 (医師)	2. 正会員 (医師以外)	

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日

英文氏名	英文敬称 Dr. Ms. など ()
------	---------------------

連絡先指定	* 学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。(いずれかを○で選択ください)		
	1. 勤務先	2. 自宅	

勤務先情報	所属		
	所属部署	役職	
		職名	
	所属住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	e-mail @		

自宅情報	自宅住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	携帯電話 ()		
	e-mail @		

最終学歴	学校名 <div style="text-align: right;">(西暦 年 月 卒業 ・ 卒業予定)</div>
------	---

専門分野	専門分野をいずれかを○で選択ください。当てはまらない場合はその他にお書きください。 1. 医師 (科) 2. 看護師 3. 皮膚排泄ケア認定看護師 4. OT 5. PT 6. 糖尿病認定看護師 7. 糖尿病療養指導士 8. ET 9. 義肢装具士 10. CVT 11. その他 ()
------	--

■送付先 (郵送, ファックス, E-mailにてお送り下さい) ■

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12 新宿ラムダックスビル9F (株)春恒社 学会事務局内 日本下肢救済・足病学会事務局 行

TEL : 03-5291-6231 / FAX : 03-5291-2176 / E-Mail : jlspm-office01@shunkosha.com

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----