

へき地・離島救急医療学会

《入会申込書》

申込日：平成 年 月 日

入会種別	1. 新規入会		退会年月	年 月 日			
	2. 再入会						
ローマ字氏名			生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (西暦 年)		性別	
フリガナ							
氏名						男	女
現住所	〒 _____		Tel. _____ Fax _____ E-mail _____				
勤務先	名称						
	所在地	〒 _____	Tel. _____ Fax _____ E-mail _____				
在籍医局 又は 所属機関名	大学 ・ 病院 科						
職種	1.医師 医籍登録日： 2.看護師 3.その他 ()						
発送先	自宅 ・ 勤務先						

※記入欄は全て必須

【申込先】

へき地・離島救急医療学会 事務局
事務 小川

Mail : emraii@ml.nagasaki-u.ac.jp

FAX : 095-819-7379