

へき地・離島救急医療学会

《入会申込書》

申込日：令和 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 | | | | | | 男 |
| 氏名 | | | | | | |
| 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 役職： | | | | | |
| 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 江川

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

FAX : 095-819-7379