

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 富永

Mail : 611-emrai@mail.hosp.go.jp

FAX : 0957-52-8229