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 |
| 2.　再 入 会 | 退会年月 | 年　　　月　　　日 |
| 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-emraii@mail.hosp.go.jp

FAX：0957-52-8229