

# 入会申込書

日本臨床リウマチ学会

平成 年 月 日

|              |                                 |                       |
|--------------|---------------------------------|-----------------------|
| (フリガナ)<br>氏名 | ( )<br>男・女                      | 生年月日(必須)<br>西暦 年 月 日生 |
| 英語表記         | 姓                               | 名                     |
| 所属先          |                                 |                       |
|              | 専門科                             | 役職                    |
| 所属先住所        | 〒                               |                       |
|              | TEL :                           | FAX :                 |
| 自宅住所         | 〒                               |                       |
|              | TEL :                           | FAX :                 |
| 通信連絡先        | 所属先 ・ 自宅                        |                       |
| UMIN注 ID     | 無 ・ 不明 ・ 有 (ID番号 ) 分かれば記入してください |                       |

注) 大学病院医療情報ネットワークのことで。本学会ホームページ内会員専用ページ利用の際に必要となります。

上記の通り入会を申し込みます。

\*ご記入の上、郵送にて事務局までお申し込みください。請求書と振込用紙を送付させていただきます。