

入会申込書

日本臨床リウマチ学会

令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名	() 男・女	生年月日(必須) 西暦 年 月 日生
英語表記	姓	名
職種 ○をつけて下さい	医師 看護師 OT・PT 企業 その他()	
所属先		
	専門科	役職
所属先住所	〒	
	TEL :	FAX :
自宅住所	〒	
	TEL :	FAX :
E-mail		
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。