

日本リウマチの外科学会入会申込書

年 月 日

ふりがな				
氏名				
出身大学		医 師 医師以外	卒業年度	
勤務先	施設名			科名
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	e-mail			
自宅	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	e-mail			

※ 雑誌等の送付希望先に○印を付けて下さい。

勤務先 ・ ご自宅

※ ご希望の連絡方法に○印を付けて下さい。

e-mail ・ 郵送 ・ FAX

(ペーパーレス化にご協力をお願いいたします。)

郵送、FAX、e-mailにて下記事務局宛にお申し込みください。

後日、年会費 10,000 円のお振り込み先等のご連絡を差し上げます。

日本リウマチの外科学会事務局
〒232-0024 横浜市南区浦舟町4丁目57番地
横浜市立大学附属市民総合医療センター
リウマチ膠原病センター内
電話：045-261-5656 (内線 2035) FAX：045-262-1718
E-mail：ra-surg@yokohama-cu.ac.jp