

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	
勤務先	施設名			科名
	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	e-mail			
自宅	住所	〒		
	TEL			
	FAX			
	e-mail			

※ 先生方へのご連絡は電子メールとさせていただきますが、
ご案内等(郵便物)の送付希望先に○印を付けて下さい。

勤務先 ・ ご自宅

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 円のお振込先等をご連絡いたします。

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