

日本外科代謝栄養学会

			-				-				
()											

入会申込カード

フリガナ				性別	男 ・ 女			
氏 名				生年月日	西暦	年	月	日
				申込年月日	西暦	年	月	日
フリガナ								
現住所	〒			Tel				
				Fax				
				e-mail				
所属機関	フリガナ							
	名称							
	フリガナ							
	所在地	〒			Tel			
				Fax				
				e-mail				
連絡先	所属機関 ・ 現住所							
学 歴	大学	学部	学科	西暦	年	卒業・見込み		
	大学大学院	学部	学科	西暦	年	卒業・見込み		
学 位			職 名					
専門分野								
会員種別	<p>正会員（医師） ・ 正会員（歯科医師） ・ 正会員（研修医）</p> <p>正会員（研究者） ・ 購読会員 ・ 賛助会員</p> <p>※正会員（研修医）：卒後5年までの医師が対象（医学部在校生も含む）</p> <p>※正会員（研究者）：医師でなく研究に従事する者（医学部卒業大学院生は含まない／ 看護師、薬剤師、栄養士、臨床検査技師などのコメディカル）</p>							