（第３条別紙－１）

**正会員入会申込書**

一般社団法人日本臨床整形外科学会　理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 大正

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　 男 昭和　　年　　月　　日生　　年齢　　　歳

氏　名　　　　　　　　　　　　印　女　平成

e-mailアドレス

医療機関　　〒

所 在 地

TEL（ 　　　）　　　 －

FAX（　 　　）　　　 －

医療機関

名 称

診療形態　　病院　・　有床診　・　無床診　　　　　開業　・　勤務

　　　　　〒

自宅住所

TEL（ 　　　）　　　－

FAX（　 　　）　　　－

出 身 校　　　　　　　　 大学　　　　卒業年　　大・昭・平　　　　　年

　　　　　　　 大学

出身医局　　　　　　　 病院　　　　　　　　　 　科

入会申込年月日：平成　　　　　年　　　　月　　　　日

メーリングリスト（ML）参加　　　　　　希望する　　　　　　希望しない

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

入会申込書記入要項

１　該当する項目を○で囲み、必要事項をご記入下さい。

２　ふりがなを忘れずにご記入ください。

３　医療機関名称には、法人の場合は必ず法人名をご記入ください。

４　都道府県の臨床整形外科医会（開業医）を経由してご提出下さい。