

一般社団法人 日本脊椎脊髄病学会
入会申込書

平成 年 月 日

入会種別 該当に	1. 新規入会 2. 再入会 (退会理由: _____)		
	・ 一般会員 ・ 専門会員 専門医有資格者に限る		
フリガナ			
氏名			
ローマ字			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女
現住所	〒 _____ - _____ TEL FAX		
勤務先名称			
専門	1. 整形外科 2. 他の科(_____) 3. 臨床研修期間中		
勤務先住所	〒 _____ - _____ TEL FAX		
診療形態	1. 大学病院 2. 勤務医 3. 開業 4. その他	現職	
E-mail アドレス (必須)			
出身校	大学	西暦	年卒
在籍医局名	大学・病院	科	
医籍登録番号	雑誌送付先	1. 現住所 2. 勤務先	
日整会専門医資格	有 ・ 無	認定証 No.	有効期限
日整会脊椎脊髄病医資格	有 ・ 無	認定証 No.	有効期限
その他の学会の専門医資格	有 ・ 無	認定証 No.	有効期限
資格名称:			
資格認定学会名:			

メールアドレスは会員専用ホームページに入室するパスワードを発行するために必須となっております。