北海道救急医学会事務局 行 (FAX 011-210-4514)

北海道救急医学会 入会申込書

貴会の目的趣旨に賛同し入会を申し込みます。

	年	月	日
ふりがな			
氏 名			
会員区分 ※会員区分のいずれかに (正会員の場合は職種に) ○をつけてください。	 ・正会員 医師 ・ 看護師 ・ 救急隊 ・ 薬剤師 臨床工学技士 ・ 診療放射線技師 ・施設会員 (医療機関) ・団体会員 (団体) 		
所 属	施設名 部 署		
所属施設所在地	電話 - - (内線 携帯 - - ファクス - -		
E-mail	@		
生年月日) の場合にのみ ご記入ください。 年 月 日		
卒業年	年 医籍登録番号		

北海道救急医学会会長 様

※ この申込書でいただいた個人情報は、原則として本学会以外では使用いたしません。