

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	⑧
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 ・ 救急救命士〕 ・施設会員 (医療機関) ・団体会員 (団体)
所属施設名	
所属施設所在地	〒 — 電 話 — — (内線) 携 帯 — — ファクス — —
E-mail	@

※以下は正会員 (医師) の場合にのみ ご記入ください。

生年月日 年 月 日

出身大学

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。