

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	(印)
<b>会員区分</b> <small>※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。</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正会員 ( 医師 ・ 看護師 ・ 救急隊 ・ 薬剤師 )</li> <li style="padding-left: 20px;">( 臨床工学技士 ・ 診療放射線技師 )</li> <li>・施設会員 (医療機関)</li> <li>・団体会員 (団体)</li> <li>・賛助会員 (医療機関・団体・企業・個人)</li> </ul>
所属施設名	
所属施設所在地	〒 _____ _____ _____ 電 話 _____ 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 (欄・臈) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

出身大学 \_\_\_\_\_

卒業年 (欄・臈) \_\_\_\_\_ 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。