入 会 申 込 書

日本臨床リウマチ学会 令和 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） | （ | ） | |  | | 生 年 月 日（必須） | | |
| 氏 名 |  |  | | 男 ・ 女 | | 西暦 | 年 月 | 日生 |
| 英語表記 | 姓 |  | | 名 | |  | | |
| 職 種  ○をつけて下さい | 医師 | | 看護師 OT・PT | 企業 | その他（ | | ） |  |
| 所属先 |  | | | | | | | |
| 専門科 | | | 役職 | | | | |
| 所属先住所 | 〒 | | | | | | | |
| TEL： |  | | FAX： | |  | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | |
| TEL： |  | | FAX： | |  | | |
| E-mail |  | | | | | | | |
| 通信連絡先 |  | | 所属先 | • | 自宅 | |  |  |
| UMIN注 ID | 無 ・ 不明 | | * 有（ID番号 |  |  | | ）分かれば記入してください |  |

注）大学病院医療情報ネットワークのことです。本学会ホームページ内会員専用ページ利用の際に必要となります。

上記の者を日本臨床リウマチ学会の会員に推薦します。

推薦者（評議員）：

＊ご記入の上、郵送にて事務局までお申し込みください。請求書と振込用紙を送付させていただきます。