

## 日本救急医学会関東地方会 入会申込書

届出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ・必ずしも本状をご利用いただく必要はございません。必要な登録項目をメール等で直接ご連絡頂いても結構です。
- ・楷書で正確に記入してください。\*印のついた項目は必ず記入してください。
- ・黒一色で記入してください。色の薄いボールペン、鉛筆はFAXを通すと判読できなくなるため、避けてください。
- ・メールアドレスの記入に際しては、判読できるよう、ブロック体で大きくお書きください。また携帯メールは避けて下さい。

* ふりがな	
* 氏 名	
* 生年月日	年                      月                      日
* 職 種	医師 ・ 看護師 ・ 救急救命士 ・ 救急救命士以外の消防職員 ・ 薬剤師 ・ ME ・ 検査技師 ・ 放射線技師 ・ MSW ・ その他(                      )
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
* E-mail	※ブロック体で明瞭に記入して下さい。 ※携帯メール不可
* 勤務先名	
* 部 署	
* 勤務先所在地	〒
* 勤務先TEL	
勤務先FAX	
自宅住所	〒
携帯番号 自宅TEL	
* 初年度年会費 ※下線部に記入し いずれかをチェック	<input type="checkbox"/> : 初年度年会費振込(予定)日: _____月 _____日 <input type="checkbox"/> : _____年度救急科専門研修専攻医(登録施設名: _____)
通 信 欄	

※年会費振込は、原則として郵便振替でお願いいたします(振込手数料は各自ご負担ください)。

■口座記号・番号: 00140-3-22982 加入者名: 日本救急医学会 関東地方会

■初年度年会費: 5,000円, ただし救急科専門研修専攻医はプログラム登録初年度に限り会費が免除されます。