

一般社団法人日本マイクロサージャリー学会 入会申込書（正会員用）

◆ 個人情報保護に関する同意について ◆

これから記載されますデータは個人情報ですので、日本マイクロサージャリー学会が個人情報保護法を遵守し、当会の運営上必要となる事項のみに使用することを了解して頂く必要があります。

上記記載に同意頂ける場合は、下記の日付、同意者氏名に記載、押印をして入会申込書を記載願います。

なお、同意頂けない場合は、当会のご案内等発送物を送付出来なくなることをご理解下さい。

年 月 日（西暦）

同意者氏名 _____ 印

申込年月日 年 月 日

会員番号	M	S							
------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

会員種別	正会員(医師)	年度	卒業年	西暦	年
------	---------	----	-----	----	---

	姓	名
ローマ字		
フリガナ		
氏名		
生年月日 [必須]	1 9 年 月 日	性別 男 ・ 女

★生年月日によりご本人様の確認をさせていただく事がございます。必ずご記入ください。

連絡先	1. 勤務先	2. 自宅	※連絡先(送付先)をご指定下さい
E-mail:	必須		

★学会よりオンラインジャーナル発行のお知らせなどメール配信しています。メールアドレスは必ずご記入ください。

■所属情報■

名称			
	(職名)		
専門分野	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> その他()
所在地	〒 -		
	TEL:	(内線:)	・直通) FAX:

■現住所(自宅)情報■

現住所	〒 -		
	TEL:		FAX: