

返信先：一般社団法人 日本区域麻酔学会事務局

FAX：088-881-6915 / E-mail：jsra@regional-anesth.jp

※FAX、ご郵送又はメールにて必ず事務局までご返送ください。

入会申込書の提出と会費の振込あわせて確認後、会員番号を下記に記入の上返送いたします。

なお入金確認の為、振込は必ず個人名にてお願い致します。

日本区域麻酔学会 入会申込書

申込日 年 月 日

	姓 (Last name)					名 (First name)				
名前										
名前(カナ)										
名前(英字)										
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男 ・ 女				
連絡先	<input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅					*チェック無い場合は所属先の登録とさせていただきます。 *連絡先は、配布物等の送付先及び名簿掲載先となります				

◆所属機関◆

名称・部署						職名				
住所	(〒 -)									
	TEL				内線:	FAX				

◆自宅◆

住所	(〒 -)								
	TEL				FAX				

◆メールアドレス◆

E-mail									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

日本区域麻酔学会ご入会の手続きが終了いたしました。なお、登録内容の変更がありましたら下記事務局までご連絡いただきますようお願い致します。

様の会員番号 _____

入金年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / _____ 年度新入会員になります。

年 月 日

一般社団法人 日本区域麻酔学会事務局

〒781-0082 高知県高知市南川添 24 番 8 号 エストデュオ A101

TEL：088-881-6914 FAX：088-881-6915

e-Mail：jsra@regional-anesth.jp