

日本医学脱毛学会 入会申込書

申込日 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日		性別 (○印)	男 ・ 女
			年 月 日		
法人名	フリガナ	所属施設名 (クリニック名)	フリガナ		
所属施設	住所	〒			
	TEL	FAX			
	メールアドレス				
個人 (医師会員)	住所	〒			
	TEL				
	メールアドレス				
会員種別	医師会員 ・ 看護師会員 ・ 賛同会員				
専門科目 (医師会員)		所属医学会 (医師会員)			
入会の目的					
今後の連絡希望ツール	メール ・ LINE【@264fsnsf を友達登録後お名前と所属施設名を送信してください】 ・ その他 ()				

下記送り先まで、郵送もしくはPDF形式でメールにてお送りください。

医師の方は医師免許証書の写し、看護師の方は看護師免許書の写しを提出してください。

郵便物の送付先は医師会員のみ選択可能です。看護師会員は所属施設の医師会員の方の選択に基づきます。

入会申込書送り先 日本医学脱毛学会（本部事務局）つかはらクリニック

〒545-6022

大阪市阿倍野区阿倍野筋 1-1-43 あべのハルカス 22F

TEL 06-6621-1296 FAX 06-6621-1290

メール datsumou@tsukahara-clinic.com

	年	月	
<p style="text-align: center;">経歴</p> <p>(最終学歴以降現在まで)</p> <p>医師の場合 医学部卒業以降の 研修履歴も 記載してください</p>			