

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
所属名／役職名				
住所	TEL: FAX: E-mail:			
ご自宅住所				
郵便物の送付先	所属先 ・ ご自宅 (どちらかに○をお付け下さい)			
専門科目				
ご所属の医学会				
入会の目的				
経歴 <small>(最終学歴以降現在まで)</small>	年	月		

下記送り先まで郵送もしくはFAXにてお送り下さい。
(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写しを提出下さい。)

※入会申込書送り先： 日本医学脱毛学会事務局
〒933-0874 富山県高岡市京田441-1 カメイクリニック2内
TEL&FAX 0766-25-7066

	年	月	
<p style="text-align: center;">経歴 (最終学歴以降現在まで)</p>			