

日本超音波骨軟組織学会 入会申込書（学生用）

平成 年 月 日

日本超音波骨軟組織学会 会長殿

送付先 FAX 020-4669-0176

私は本学会の会則を遵守し、運動器領域における骨・軟部組織を対象に超音波の利用と研究を行うことを誓約し、下記の通り学生会員として、別紙の誓約書を添えて入会を申し込みます。入会金は別途払込みます。

【学生会員としての入会資格：文部科学省および厚生労働省が認定する教育機関と訓練機関に学ぶ学生であり、そのことを学生証等で証明出来る者】 ※学生証等の写しの添付が必須となります。

ふりがな		会員番号(事務局記載)
氏名		
生年月日	(西暦) 年 月 日	
現住所	〒	* 県名必須
電話	() -	* 市外局番必須
FAX	() -	* 市外局番必須
E-mail アドレス		
在学中の学校 学科名・学年		
同所在地	〒	* 県名必須
既卒校・学科名 (ある場合)		
取得済み資格・学位 (ある場合)	<input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他：	
案内の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 在学先 <input type="checkbox"/> その他	
その他連絡先 (送付先にその他を 選択した場合のみ)	〒	
	電話：	FAX：
案内送付を希望する 開催地域	<input type="checkbox"/> 東日本支部 (<input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 東北 <input type="checkbox"/> 関東 <input type="checkbox"/> 北陸) <input type="checkbox"/> 西日本支部 (<input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 関西 <input type="checkbox"/> 四国 <input type="checkbox"/> 九州)	
メーリングリスト	<input type="checkbox"/> 会員メール希望 <input type="checkbox"/> 会員メール無用	
入会金のお支払	<input type="checkbox"/> お支払い済み <input type="checkbox"/> 5日以内にお支払い <input type="checkbox"/> 払込用紙送付希望 <input type="checkbox"/> その他：	