

日本超音波骨軟組織学会 入会申込書（正会員用）

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、下記の通り正会員として、別紙の誓約書を添えて、入会を申し込みます。

入会金は別途払い込みます。

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		
所属・勤務先名称		
同所在地	〒	* 県名必須
同電話	() -	* 市外局番必須
同 FAX	() -	* 市外局番必須
卒業校・学科名 (複数記載可)		
所有資格・学位 * 記入必須	<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"/> 所属・勤務先	
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 :	