

FAX: 03-5841-3450

E-mail: osteoimmunology.society@gmail.com

日本骨免疫学会 入会申込書

※事務局記入欄

会員番号(ID)						
----------	--	--	--	--	--	--

申込日: 年 月 日、日本骨免疫学会への入会の申込を致します。

会員種別*	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 学生会員	入会年度	年度
-------	------------------------------	-------------------------------	------	----

	姓 (Family name)	名 (Given name & Middle name)				
氏名		(印)				
フリガナ						
ローマ字						
生年月日	西暦	年	月	日	性別	
連絡先	<input type="checkbox"/> ご所属	<input type="checkbox"/> ご自宅	※連絡先は、会報等の送付先となります。			

【ご所属】

ご所属 Affiliation					
科名、部署名 Department		職名			
住所	(〒 -)				
	TEL	(内線:)	FAX		
E-mail					

【ご自宅】

住所	(〒 -)				
	TEL		FAX		
E-mail					

【学歴】

最終学歴		西暦	年	<input type="checkbox"/> 卒業
				<input type="checkbox"/> 卒業見込

【指導教員】 ※学生会員として申し込む方は、指導教員の情報が必要です。

名前	
所属	

【推薦者】 ※理事・顧問からの推薦がある場合はご記入下さい。空欄でも結構です。

名前	
所属	