

入会申込書

日本臨床整形外科学会 御中

ふりがな
氏名 _____ 印
男 大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳
女 昭和 _____

e-mail アドレス _____

医療機関 〒 _____
所在地 _____

TEL(_____)
FAX(_____)

医療機関
名称 _____

診療形態 病院・有床診・無床診 開業・勤務 _____

〒 _____
自宅住所 _____

TEL(_____)
FAX(_____)

出身校 _____ 大学 卒業年 大・昭・平 _____ 年

出身医局 _____ 大学
_____ 病院 _____ 科

入会申込年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入会申込書記入要領

1. 該当する項目を _____ で囲み、必要事項をご記入下さい。
2. ふりがなを忘れずにご記入下さい。
3. 医療機関名称には、法人の場合は必ず法人名をご記入下さい。
4. 都道府県の臨床整形外科医会（開業医）を經由してご提出下さい。
ただし、群馬県の方は直接日本臨床整形外科学会事務局へご提出下さい。

入会のしおり

- 1 . 会員資格：日本において整形外科を主たる標榜科とする私的医療機関の開設者およびその勤務医とします。
- 2 . 入会申込：別添の入会申込書に次に示す会費等を添えて都道府県の代表者に、個人県（群馬県）は直接事務局に現金書留でお送り下さい。
- 3 . 会 費 等：年会費 24,000 円、入会金 10,000 円合計 34,000 円が入会時必要です。入会金は学術振興基金として積み立て、学術振興のための事業を行っております。
- 4 . 名 簿 等：会員には会員名簿、日本臨床整形外科学会誌、JCOA ニュース等をお送り致します。
- 5 . JCOA 学会・研修会：
毎年開催される JCOA 学会・研修会に参加のご案内を致します。
ご不明の点がございましたら、下記事務局までお尋ね下さい。

記

日本臨床整形外科学会 事務局

〒110-0016 東京都台東区台東 4 - 26 - 8 御徒町台東ビル 6F

TEL 03-3839-5363 FAX03-3839-5366

E-mail jcoa@po.ijnet.or.jp

以上