

日本下肢救済・足病学会関西地方会

入 会 申 込 書

届出年月日： 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日 (西暦)	年 月 日
自 宅 住 所	〒	電 話	- -
		F A X	- -
勤 務 先	名 称	役 職 名	
	部 署	電 話	- -
	所 在 地	F A X	
郵便物送付先	自 宅 ・ 勤 務 先		
E - m a i l	@		
最 終 学 歴	西 暦 年 卒 業		
専 門 分 野	医師 (科) ・ 看護師 ・ 皮膚排泄ケア認定看護師 ・ OT ・ PT 糖尿病認定看護師, 糖尿病療養指導士 ・ ET ・ 義肢装具士 CVT (血管診療技師) ・ その他 () * 複数選択可		
会 員 種 別	正 会 員 ・ 賛 助 会 員		

神戸大学大学院医学研究科形成外科学内
 日本下肢救済・足病学会関西地方会 事務局
 TEL:078-382-6252 FAX:078-382-6269

.....
 *事務記入欄 会員番号：