

事務局用	受付	
	承認	

申込日 年 月 日

**日本靴医学会  
正会員・準会員 入会申込書(個人)**

01	氏名		03	生年月日	年 月 日
02	フリガナ		04	性別	男・女
05	医師免許	有・無	06	その他資格	
07	勤務先				
08	部署(所属)		09	役職	
10	勤務先住所	〒			
11	勤務先TEL		12	勤務先FAX	
13	自宅住所	〒			
14	自宅TEL		15	自宅FAX	
16	e-mail				
17	学歴				
18	職歴				
19	連絡先	勤務先・自宅	20	紹介者 (いる場合)	

**会員種別について**

正会員：日本の医師免許証を有する個人

準会員：靴医学に興味をもつ医師免許取得者以外の個人

**入会お問い合わせ、申込書送付先**

日本靴医学会事務局  
〒114-0024 東京都北区西ヶ原3-46-10 (榊杏林舎内)  
FAX: 03-3910-4380  
e-mail:jimu@kutsuigaku.com

**会費について**

初年度年会費を郵便振替で納入して下さい。入会が許可されない場合には返金されます。

郵便振替口座番号 00130-7-401642 加入者名 日本靴医学会