

事務局用	受付	
	承認	

申込日

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	
02	フリガナ		04	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
05	医師免許	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 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

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

TEL. 03-6267-4550 FAX. 03-6267-4555

E-mail: maf-kutsuigaku@mynavi.jp

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