

# 入会申込書

\*表記がある項目は記入必須項目

\*理事長  殿

\*(西暦)  年  月  日 発送

\*PCでの入力をしていただきますようお願い申し上げます

◆ 個人情報保護に関する同意について ◆

これから記載されますデータは個人情報ですので、一般社団法人日本形成外科学会が個人情報保護法を遵守し、

当会の運営上必要となる事項のみに使用することを了解して頂く必要があります。

上記記載に同意頂ける場合は、同意者氏名に記載、押印をして入会申込書を記載願います。

なお、同意頂けない場合は、当会のご案内等発送物を送付出来なくなることをご理解下さい。


入会申込書に記入していただく個人情報は、一般社団法人日本形成外科学会の学会活動の達成に必要な範囲内で利用するものであり、それ以外の目的では利用しません。

同意者氏名  

私は正会員として  (西暦) 年度からの入会を申し込みます。また、下記の事実に相違はありません。

※本学会の会期は3月1日～2月末日となります。

※以下の文字を使用している場合は、違いが分かる様に注意して記入してください。	アルファベット小文字のa(ユー)ーアルファベット小文字のu(ブイ)
数字の0(ぜろ)ーアルファベット小文字のo(オー)	数字の2(に)ーアルファベット小文字のz(ゼット)
数字の1(いち)ーアルファベット小文字のl(エル)	数字の6(ろく)ーアルファベット小文字のb(ビー)
	数字の9(きゅう)ーアルファベット小文字のq(キュ)

*フリガナ	<input type="text"/>	*生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生
*申請者氏名	<input type="text"/> 	*性別	<input type="text"/>
*ローマ字	<input type="text"/>	*国籍	<input type="text"/>

\*印がない方（留学生の方など）はサインでも結構です。

\*現住所

(マンション名・号)

\*tel (自宅)  -  -  (携帯電話)  -  -  (fax)  -  -

※(自宅)or(携帯電話)のいずれか1つは 必ず記入してください。

\*e-mail  @

*最終学歴	<input type="text"/> 大学	<input type="text"/> 学部	<input type="text"/> 学科	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月卒業
院卒の方はこちらも記入→	大学 大学院	研究科		年 <input type="text"/> 月卒業

\*日本国医師免許:  有  無 医師免許登録番号:  号  年  月  日登録

\*日本国医師免許をお持ちでない方は2枚目に記入

\*現在の勤務先・業務地 ※現在の勤務先・業務地と同様の場合は記入は不要です。

(西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月より現在まで
名称:	<input type="text"/>
所属科:	<input type="text"/> 職名: <input type="text"/>
所在地:	<input type="text"/>
tel:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (内線) fax: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
e-mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>

\*発送物発送先設定:  現住所  勤務先

※チェックを入れた発送先住所のエリアの地区形成外科学会に所属いただく事となります。

裏面へ続く 

\*現在の勤務、事業における形成外科専従の割合

形成外科のみ   
  大部分が形成外科(その他  科)   
  初期臨床研修医  
 一部のみ形成外科(その他  科)   
  その他(  科)

本学会以外の所属学会

(西暦)		(専門医・認定資格等の有無)
①	年より	学会 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
②	年より	学会 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

日本国医師免許以外の免許(外国・歯科・薬剤師など):  (西暦) 年 月 日 登録

日本国医師免許が無い場合、医学研究者であることを証明する **研究発表・論文等の業績** (西暦) 年 月

# \*推薦状

氏名を記入する「評議員」の欄は、必ず推薦者自身の自署にて記入してください。

一般社団法人 日本形成外科学会 理事長 殿

私たちは  氏を日本形成外科学会 正会員に推薦します。

推薦者  
①

勤務先所在地:	<input type="text"/>	(西暦)	年 月 日 記入
勤務先名称:	<input type="text"/>	所属科:	<input type="text"/>
評議員:	<input type="text"/>	④	会員番号: 013 - <input type="text"/> - <input type="text"/>

推薦理由: \* 氏名は自署で記入 (3桁) (4桁)

1)当施設ならびに関連施設における上級医師 ※2)または3)を選択した場合は、以下の点線枠内に内容を記入してください。

2)学会・研究会を通じた知人

3)その他

推薦者  
②

勤務先所在地:	<input type="text"/>	(西暦)	年 月 日 記入
勤務先名称:	<input type="text"/>	所属科:	<input type="text"/>
評議員:	<input type="text"/>	④	会員番号: 013 - <input type="text"/> - <input type="text"/>

推薦理由: \* 氏名は自署で記入 (3桁) (4桁)

1)当施設ならびに関連施設における上級医師 ※2)または3)を選択した場合は、以下の点線枠内に内容を記入してください。

2)学会・研究会を通じた知人

3)その他

(西暦) ※事務局記入欄の為、記入不要。

事務局: 年 月 日 受付

理事会: 年 月 日 可・保留・否

倫理委員会: 年 月 日 可・保留・否

明らかな誤記や、判読できない文字などがある場合は、申請を受け付けず書類を返却させていただく場合がございますのでご了承ください