

# 入会申込書

\*理事長  殿

\*(西暦)  年  月  日 発送

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、下記の事実には相違はありません。

※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。		
数字の0(ゼロ)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)	アルファベット小文字のu(ユー)ーアルファベット小文字のu(ブイ)
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l(ビー)	数字の9(きゅう)ーアルファベット小文字のg(ジー)
		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"/>

\*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	<input type="text"/>
院卒の方はこちら も記入ー	<input type="text"/>	大学 大学院	<input type="text"/>	研究科	<input type="text"/>			年	<input type="text"/>	月卒業	<input type="text"/>

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

上記以外の免許(外国・歯科・薬剤師など):  学位:  有  無

\*卒業履歴 ※現在の勤務先・業務地と同様の場合は記入は不要です。 [※卒業履歴が書ききれない方はこちらをご利用下さい](#)

① (西暦)  年  月 ~ (西暦)  年  月

所在地:

名称:

所属科:  職名:

② (西暦)  年  月 ~ (西暦)  年  月

所在地:

名称:

所属科:  職名:

\*現在の勤務先・業務地 (西暦)  年  月 より現在まで

名称:

所属科:  職名:

所在地: 〒  -

tel:  -  (内線) fax:  -

e-mail:  @

\*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度合

- 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 <input type="text"/> 年より	学会 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
② <input type="text"/> 年より	学会 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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  日

## \* 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	現住所:	<input type="text"/> - <input type="text"/> (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 記入		
	勤務先所在地:	<input type="text"/>		
	勤務先名称:	<input type="text"/>		
	所属科:	職名:	会員歴:	約 <input type="text"/> 年
	評議員:	Ⓢ	会員番号:	013 - <input type="text"/> - <input type="text"/>

**推薦理由:**

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

**推薦理由:**

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:	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 受付
理事会:	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 可・保留・否
メンバーシップ:	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 可・保留・否

個人情報の取り扱いにつきましては、適切な管理をいたします。お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。