

一般社団法人日本形成外科学会 入会申込推薦状

※本学会評議員・理事長指名議員による署名が必要です。必要事項入力の上、署名した本状をスキャンし、アップロードしてください。**下記は推薦者が記載をお願いします。**

★推薦状

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 氏名	※氏名は自署で記入	会員番号 数字 10 桁	
推薦者① 推薦理由	<input type="checkbox"/> 1) 当施設ならびに関連施設における上級医師 <input type="checkbox"/> 2) 学会・研究会を通じた知人 <input type="checkbox"/> 3) その他		
	<input type="text"/> <input type="text"/>		
	※2)または 3)を選択した場合は、上記の□内に内容を記入してください。		
推薦者② 氏名	※氏名は自署で記入	会員番号 数字 10 桁	
推薦者② 推薦理由	<input type="checkbox"/> 1) 当施設ならびに関連施設における上級医師 <input type="checkbox"/> 2) 学会・研究会を通じた知人 <input type="checkbox"/> 3) その他		
	<input type="text"/> <input type="text"/>		
	※2)または 3)を選択した場合は、上記の□内に内容を記入してください。		

※入会申込者は下記項目に回答してください（**入会申込者本人が回答**）。

現在の勤務、事業における形成外科専従の度合	<input type="checkbox"/> 形成外科のみ <input type="checkbox"/> 初期臨床研修医 <input type="checkbox"/> 一部のみ形成外科 その他 <input type="text"/> 科 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		
※以下は該当する場合、回答をお願いします。			
本学会以外の所属学会①	<input type="text"/> 年より <input type="text"/> 学会	専門医・認定資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
本学会以外の所属学会②	<input type="text"/> 年より <input type="text"/> 学会	専門医・認定資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
日本国医師免許以外の医療国家資格(歯科・薬剤師など)	登録年月日： <input type="text"/> 登録（年月日） 登録番号： <input type="text"/>		
日本国医師免許がなく、医学研究者である場合：証明する研究発表・論文等の業績	業績発表年月： <input type="text"/> 登録（年月） 業績内容： <input type="text"/>		