入 会 申 込 書(個人)

泌尿器光力学研究会　殿

西暦　　年　　月　　日

貴研究会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

申込者　氏名　　印

<table>
<tr><td rowspan="5">入会者</td><td colspan="2">氏名</td><td>男・女</td><td colspan="3">西暦　　年　月　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="2">勤務先</td><td>名称</td><td colspan="2"></td><td>役職</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒

電話　　FAX
Email</td></tr>
<tr><td rowspan="2">自宅</td><td>住所</td><td colspan="3">〒

電話　　FAX
Email</td></tr>
<tr><td colspan="2">資　格</td><td colspan="3">医師　研究者　学生　看護師　薬剤師　臨床工学技士　臨床検査技師
その他</td></tr>
<tr><td colspan="2">入会年度</td><td colspan="4">西暦　　年度（会員番号　　）事務局記載欄</td></tr>
</table>

（注）1. 連絡先に〇印をつけてください（勤務先、または自宅）。
2. 郵便番号、電話番号は必ずご記入ください。できれば Email もご記入ください。
3. 会員名簿整理の都合上、できれば生年月日をご記入ください。
4. 入会申込書は下記にお送りください。
5. 資格はできれば〇印をご記入ください。
6. 上記情報については当研究会での連絡目的以外では利用しません。

なお、入会届は FAX、E-mail 等の電子媒体でも可能です。

泌尿器光力学研究会　事務局
〒783-8505　高知県南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部泌尿器科
TEL：088-880-2402　FAX：088-88-2404
Email：info@jups.jp