京都大学外科交流センター正会員入会申込み書

注1

理事長承認
年　月　日

申込み書作成日	年　　月　　日

紹介者氏名（代議員または正会員、記入必須）	

要開示項目	申込み者氏名	ふりがな		
		漢　字	姓	名
	性　別	男性　　女性　　〇で囲んでください。		
	勤務先	大学・病院　　科		
	勤務先役職	初期　・　後期研修医　　年目		
	勤務先住所	〒　　－		
		都・道 府・県		
	勤務先電話	（　　）　　－		
	勤務先Fax	（　　）　　－		
	勤務先　E-mail address	@		
	自宅住所	〒　　－		
		都・道 府・県		
	自宅電話	（　　）　　－		
	自宅Fax	（　　）　　－		
	自宅　E-mail address	@		
	卒業年次	S　・　H　　年	**『会報誌』希望送付先**	勤務先　自宅
	卒業大学	大学		
	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日	メールニュース登録	希望する　希望しない

個人情報の開示について **（ご希望条件Noを〇で囲んでください）**	**1　全項目外科交流センター会員内で開示可。**
	2　制限あり。開示不可項目については項目別最左欄に×印を付す。

送付先　：　FAX. 075-751-3131

注1　：　記入しないで下さい。