

京都大学外科交流センター正会員入会申込み書

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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 〇で囲んでください。		
	勤務先	大学・病院 科		
	勤務先役職	初期・専攻医 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