

東京都臨床整形外科医会(TCOA) 入会申込書 [兼自己紹介用紙]

お申込み年月日(西暦): 年 月 日

1	お名前(漢字)	印						
	お名前(ふりがな)							
2	生年月日	大正・昭和・平成		年		月		日
3	日本整形外科学会の 会員でしょうか?	はい ・ いいえ						
4	専門医	はい ・ いいえ						
5	医療法人名							
	医療法人名(ふりがな)							
6	医院名							
	医院名(ふりがな)							
7	医院郵便番号	〒						
	医院所在地							
8	TEL							
9	FAX							
10	メールアドレス							
	会員MLに <input type="checkbox"/> 登録する <input type="checkbox"/> 登録しない							
11	医院ホームページ							
	TCOAのホームページに <input type="checkbox"/> 掲載する							
12	診療形態	病院(有床診) ・ 病院(無床診)						
13	ご勤務形態	開業 ・ 勤務						
14	ご自宅郵便番号	〒						
	ご自宅住所							
15	ご自宅TEL							
16	ご自宅FAX							

自己紹介

1	出身校						大学
		昭和・平成					年卒
2	出身医局				大学/病院	科	
3	趣味						
4	一言挨拶						

*東京都臨床整形外科医会会誌(毎年3月発行)で新入会員のご紹介をいたしますので、
よろしければ、写真(3.5cm×3cm)をお願い致します。

TCOA事務局 FAX番号 : 03-3518-2208