

# 東京都臨床整形外科医会(TCOA) 入会申込書 [病院勤務医]

お申込み年月日（西暦）：

年

月

日

1	代表者 お名前（漢字）					印
	代表者 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	（日整会会員が入会の条件となります）			
4	病院名					
	病院名（ふりがな）					
5	病院郵便番号	〒				
	病院所在地					
6	TEL					
7	FAX					
8	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					
9	病院ホームページ TCOAのホームページに <input type="checkbox"/> 掲載する					
	勤務の先生 お名前（ふりがな）	専門医	研修医	メールアドレス		会員MLに登録
						する    しない
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* 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**