

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 | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 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 | 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 | <input type="text"/> | | 年卒 |
| 2 | 出身医局 | | 大学/病院 | <input type="text"/> | 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