

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	(西暦) 年 月 日					
3	出身大学						
4	卒業年度						
5	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)					
6	備考欄（専門分野等）						
7	病院名						
	病院名（ふりがな）						
8	病院郵便番号	〒					
	病院所在地						
9	TEL						
10	FAX						
11	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						
12	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	出身大学（卒業年度）	備考欄（専門分野等）	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"/>
2		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<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