

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	西暦 <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月 <input style="width: 50px;" 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	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