

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 type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
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 ・ 有床診療所 ・ 無床診療所							
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 ・ 西暦						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