

# 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"/>
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**