

# 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 (3.5 cm×3 cm) をお願い致します。

**TCOA事務局 FAX番号 : 03-3518-2208**

メール添付の場合は右アドレスまで : office\_tokyo@tcoa.jp