― 日本泌尿器科学会 東京地方会 入会届 ―

FAXNo【03-6256-0411】

ご記入の上、事務局にお送りください。郵送の場合は下記へご送付願います

【宛先：〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町3-12 紀尾井町ビル16F 株式会社シータイム内
日本泌尿器科学会東京地方会事務局】

■記入の際のご注意

・出来る限り楷書体で正確にご記入下さい（各項目箇所に登録がない場合は、「無」とご記入下さい）。

フリガナ	
氏　名	（性別　　男　・　女　）
勤務先名	
部・科・講座名	
職名（役職）	
勤務先所在地	〒 都・道・府・県　　市・郡・区 （ビル名等）
勤務先TEL	（　　）
勤務先FAX	（　　）
勤務先E-mail	@
所属名 （大学医局等）	（上記勤務先と異なる場合のみご記入下さい）
自宅住所	〒 都・道・府・県　　市・郡・区 （マンション・アパート名等）
自宅TEL	（　　）
自宅FAX	（　　）
自宅E-mail	@
連絡先（書類送付先等含む）　　・所属（施設）先　　・自宅	
※上記以外の連絡先がご希望の場合は下記にご記入下さい（送付先住所、TEL等）。	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
最終学歴 （学校名）	
卒業年度	西暦　　年卒業
推薦者氏名	印　/　職名（役職）：