

日本リウマチ学会入会申込書

(別表様式第1号)

(医師、研究者用)

一般社団法人

日本リウマチ学会理事長 殿

年 月 日

日本リウマチ学会定款第6条の規定により入会を申し込みます。

(会員管理名簿となりますので、明瞭にお書き下さい。)

※事務局記載欄

○印を付して下さい		※ 受 付			※ 会 員 番 号		
新 規	再入会						
ふりかな				ロ ー マ 字			
氏 名		Ⓜ		生 年 月 日 (性 別)		西 暦 年 月 日 (男 ・ 女)	
E-mail							
勤 務 先	所在地	〒 -					
		Tel - -		Fax - -			
	名 称						
	部科名					役職	
所 属 科 名 (○ 印 又 は 記 入)		リウマチ科 (専門 = 整形外科 ・ 内科 ・) 整形外科 ・ 内科 ・ 小児科 その他 ()					
自 宅		〒 - Tel - - Fax - -					
卒 業 大 学 ・ 専 攻						年 卒 業	
卒 業 大 学 院 ・ 専 攻						年 卒 業	
連 絡 先 (雑 誌 送 付 先)			<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 自 宅		
学会英文誌 (“Modern Rheumatology”)			<input type="checkbox"/> 要		<input type="checkbox"/> 不 要		
学 術 集 会 プ ロ グ ラ ム 抄 録 集			<input type="checkbox"/> 要		<input type="checkbox"/> 不 要		
前 期 臨 床 研 修			<input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 未修了 (修了予定年月日) 令和 年 月 日				
基 本 領 域 学 会			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他 ()				

上記の者を一般社団法人日本リウマチ学会の会員に推薦します。

推薦者：

(役員又は評議員)

Ⓜ

推薦者：

(役員又は評議員)

Ⓜ

申込書送付先：〒105-0013

東京都港区浜松町 2-9-6

一般社団法人 **日本リウマチ学会**

TEL：03-6435-9761 FAX：03-6435-9762

E-mail：gakkaih@ryumachi-jp.com

摘 要：1. 申込書に年会費 12,000 円を添えて、現金書留でお送り下さい。

2. 1 年度は 3 月 1 日から翌年 2 月末日迄です。

3. 退会届のない場合、継続して会員と致します。

ただし、2 年以上会費を支払わず、支払いの催促に応じないときは

会員の資格を喪失します。(定款第 9 条)

◎住所(勤務先)変更、改姓、退会届はメール(FAX、はがき可)にてご通知下さい。