

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	〒 -			
	名 称	Tel - -		Fax - -	
	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	
初 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)			

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。