**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 | |  | | ※ | |  | |  |
| 新　規 | 再入会 | 会 員 番 号 | |  |
| ふりかな | |  | | | | 英語名 | |  | | |
| 氏　名 | |  | | | | 生 年 月 日  （性　別） | | 西暦　　　　　年　　月　　日  （男・女） | | |
| E-mail | | **※活字体で記載してください。数字は特に明瞭に記載してください。** | | | | | | | | |
| 勤　務　先 | | 所在地 | **〒　　　－**  TEL**－　　　　－**FAX**－　　　 －** | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | |
| 診療科 |  | | | | 役職 | |  | |
| 専 門 分 野（〇印又は記入） | | | 基礎医学・内科・整形外科・小児科・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 自　宅  ※建物名・部屋番号まで  ご記入ください | | | **〒　　　－**  TEL**－　　　　－**FAX**－　　　 －** | | | | | | | |
| 卒業大学・専攻 | | |  | | | | | | 年 卒業 | |
| 卒業大学院・専攻 | | |  | | | | | | 年 卒業 | |
| 学会発行物送付先 | | | | | □　　勤務先　　　　□　　自　宅 | | | | | |
| 学会英文誌（“Ｍｏｄｅｒｎ　Ｒｈｅｕｍａｔｏｌｏｇｙ”） | | | | | □　　　要　　　　　□　　不　要 | | | | | |
| 医　籍　登　録　番　号 | | | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | |
| 前 期 臨 床 研 修 | | | | | □ 修了　□未修了（修了予定年月日）令和　　年　 月　 日 | | | | | |
| 基　本　領　域　学　会 | | | | | □内科　□整形外科　□小児科　□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・評議員・リウマチ指導医)：

※必ず推薦者の記名押印又は署名を受けてください。

推薦者(役員・評議員・リウマチ指導医)：

[2025-08版]

摘要：1.　入会申込書は原本を新入会受付係宛に郵送してください。

　　　2.　入会申込書受領後に年会費（￥12,000-）の振込口座を上記に記載のメールアドレス宛にお知らせしますので、1週間以内に指定の口座へお振込ください。振込確認が取れましたら入会手続きを行い、手続き完了はメールにてご連絡いたします。

　　　3.　勤務先などの登録情報が変更となった場合は、速やかにメールまたはFAX、はがきでお知らせ下さい。

申込書送付先：〒105－0013

東京都港区浜松町2-9-6

浜松町エムプレスビル3階

　一般社団法人　**日本リウマチ学会**

新入会受付係宛

　TEL：03-6435-9761　FAX：03-6435-9762

E-mail：[gakkaih@ryumachi-jp.com](mailto:gakkaih@ryumachi-jp.com)