

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。		※			※		
新規	再入会	受付			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 (○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)：

㊦

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**
TEL：03-6435-9761 FAX：03-6435-9762
E-mail：gakkaih@ryumachi-jp.com

- 摘要：1. 入会申込書に年会費(12,000 円)の振込の証憑を添えてお送り下さい。
振込先：みずほ銀行 虎ノ門支店 普通 2785615
一般社団法人日本リウマチ学会
シャ) ニホンリウマチガッカイ
2. 会計年度は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) にてお知らせ下さい。