日本リウマチ学会入会申込書［医師、研究者用］　（別表様式第１号）

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。）

○印を付して下さい：（　医師　・　研究者　）			※医師・研究者以外の方は購読会員用の入会申込で申請をおこなってください。	
○印を付して下さい。 新　規　再入会	※事務局記載 受　付		※事務局記載 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			
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。

※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)：　　㊞

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**
新入会受付係宛
TEL：03-6435-9761　FAX：03-6435-9762
E-mail：gakkaih@ryumachi-jp.com

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。

［2026-11 版］