

受 理	
入会年月日	

申込日： 令和 年 月 日

## 入 会 申 込 書 ( 準 会 員 用 )

入会種別 (どちらかに○)	(できれば入会の動機をご記入ください)				
	1. 新規入会				
	2. 再入会	退会年月	年 月	退会理由	
(フリガナ)			イニシャル	昭和 S 年 月 日	性別
氏 名			姓 名	平成 H	男 女
				生年月日	
現住所	〒		Tel. - -		
			Fax. - -		
			E-mail		
勤務先	名称				
	所在	〒	Tel. - -		
			Fax. - -		
		E-mail			
出身校			大学	昭和 平成	年卒
資 格	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 看 護 師 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		資格取得日	年 月 日	
			取得番号等	(                      )	
			※免許証等のコピーを添付のこと		
推薦者署名 (評議員に限る)	推薦者 1			推薦者 2	
雑誌送付先	1. 現住所		2. 勤務先		
<p>※日本小児整形外科学会ホームページに、会員専用ページを設けています。          オンライン登録で会員名簿(勤務先情報のみ)が閲覧できます。会員登録及び名簿閲覧を希望される先生は、学会ホームページ          (<a href="http://www.jpoa.org/">http://www.jpoa.org/</a>)よりお申し込みください。</p>					

申込者署名

Ⓔ