

受 理	
入会年月日	

申込日： 令和 年 月 日

入 会 申 込 書 (正会員用)

入会種別	1. 新規入会				
	2. 再入会	退会年月	年 月	退会理由	
(フリガナ)				昭和 S	性別
氏 名				平成 H	年 月 日
				(西暦 年)	男 女
現住所	〒		Tel. -		
			Fax. -		
			E-mail		
勤務先	名 称				
	所 在		〒		
			Tel. -		
専 門	1. 整形外科		1. 開業		現 職
			2. 勤務医		
	2. 他の科 ()		3. その他 ()		
出身校	大学		昭和 年卒	医籍登録番号	
在職医局名	大学		科		
雑誌送付先	1. 現住所		2. 勤務先		
※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 (http://www.jpoa.org/)よりお申し込みください。					

申込者署名

㊞