受　　理	
入会年月日	

申込日：平成　　年　　月　　日

入　会　申　込　書　（準会員用）

*は必須入力項目です

（フリガナ） 氏　名*		イニシャル 姓	名	*生年月日	昭和　S　　年　　月　　日 平成　H （西暦　　年）	捺印*
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　　年卒 専門学校　　平　成					
資格*	（　）理学療法士・（　）作業療法士 （　）義肢装具士・（　）看護師 （　）その他（　　）			資格取得日　　年　　月　　日 資格番号等　（　　） ＊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					

※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/）よりお申込み下さい。