

受 理	
入会年月日	

申込日：平成 年 月 日

入 会 申 込 書 (正会員用)

(フリガナ) 氏 名			イニシャル	生 年 月 日	昭和 S 年 月 日	捺印
			姓 名		平成 H (西暦 年)	
現住所	〒 _____				Tel. — —	
					Fax. — —	
					E-mail _____	
勤 務 先	名 称					
	所 在	〒 _____				Tel. — —
						Fax. — —
	E-mail _____					
専 門	1. 整形外科	1. 開業		現 職		
	2. 他の科 ())	2. 勤務医				
		3. その他 ())				
出身校	大 学				昭 和 平 成	年 卒
在籍医局名	大 学 病 院					科
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（http://www.jpoa.org/）よりお申込み下さい。</p>						