

年 月 日

日本医療機器学会 御中

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-39-15
FAX 03-3814-3837

正会員入会申込書

ローマ字	
入会者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
勤務先名	
所属部署	
職名または役職名	
勤務先住所	〒 ☎ FAX E-mail
自宅住所	〒 ☎ FAX E-mail
推薦正会員名	
専門分野 (外科, 麻酔等)	

(注意事項)

1. 正会員は個人に限ります。
2. 各項目は必ず記入してください。
3. 正会員の権利については会則をご参照ください。
4. 学会誌・文書は（勤務先：自宅）へお送りします。
（ご希望の送付先に○印をお付けください）
5. 入会金（1,000円）・年会費（8,000円）、合計9,000円
は現金書留で送付するか、振込みの場合は本会の下記口座をご利用ください。
（銀行振込）みずほ銀行 本郷支店 普通預金 1087454 口座名義 日本医療機器学会
（ゆうちょ銀行）00190-3-63694 加入者名 日本医療機器学会