

正会員申請書（専門医用）

年 月 日
(年号は西暦で、英数は半角で記入してください)

ふりがな			
申請者氏名		印	性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
会員番号	T (該当するものに○を付けてください)		
生年月日		年	月 日
勤務施設名			
所属科			
職名			
同上所在地	〒	-	都道府県名
Tel.		Fax.	
自宅住所	〒	-	都道府県名
Tel.		Fax.	
連絡先E-mail.			
現在の専門分野	(1つ選んでください)		
所属地区	(該当する地区を選んでください)		
最終学歴		大学	年 月卒業
医籍登録年月日		年 月 日	医籍登録番号No.
会員歴		年 月 日	日本胸部外科学会に入会
専門医	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科専門医	認定番号	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科専門医	認定番号	
	<input type="checkbox"/> 消化器外科専門医	認定番号	
(該当する専門医に印をつけて専門医認定証の写しを添付してください)			