

事務局用	受付	
	承認	

申込日 年 月 日

日本靴医学会
正会員・準会員・学生会員 入会申込書(個人)

※いずれかに○をつけてください

01	氏名		03	生年月日	年 月 日
02	フリガナ		04	性別	男・女
05	医師免許	有・無	06	その他資格	
07	勤務先				
08	部署(所属)		09	役職	
10	勤務先住所	〒			
11	勤務先TEL		12	勤務先FAX	
13	自宅住所	〒			
14	自宅TEL		15	自宅FAX	
16	e-mail				
17	学歴				
18	職歴				
19	連絡先	勤務先・自宅	20	紹介者 (いる場合)	

会員種別について

正会員:日本の医師免許証を有する個人

準会員:靴医学に興味をもつ医師免許取得者以外の個人

学生会員:靴医学に興味を持つ学生 ※学生証の写しを提出してください

入会お問い合わせ、申込書送付先

日本靴医学会事務局

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

FAX: 03-6267-4550 e-mail: maf-kutsuigaku@mynavi.jp

会費について

初年度年会費を納入して下さい。入会が許可されない場合には返金されます。

郵便振替口座番号 00130-7-401642 加入者名 日本靴医学会

ゆうちょ銀行 〇一九 店(ゼロイチキユウ店) 当座 0401642