

日本性差医学・医療学会 会員登録用紙

FAX: 022-722-1178

日本性差医学・医療学会 事務局代行 日本コンベンションサービス(株)東北支社

ふりがな
氏名: _____ ご職業: _____

所属施設名1: _____

所属科名: _____

役職: _____

施設住所: 〒 _____

電話番号: _____ FAX番号: _____

E-MAIL: _____

※上記以外に連絡をご希望の場合は下記にご記入ください。

所属施設名2: _____

所属科名: _____

役職: _____

施設住所: 〒 _____

電話番号: _____ FAX番号: _____

E-MAIL: _____

自宅住所: 〒 _____

電話番号: _____ FAX番号: _____

E-MAIL: _____

※資料送付先 いずれかを○で囲んでください。

A. 所属施設1 B. 所属施設2 C. ご自宅