**日本フットケア・足病医学会　入会申込書**　　**FAX 03-5291-2176**

　　【入会申込方法】こちらの用紙にてFAX・メール添付にてお申込み下さい。

※学会ホームページよりWEB入力でもお申込みいただけます　※ご入金をもって、入会手続きは完了致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 　 20　　年 　月　 日 | | | 会員番号　　　　　　　　　　　　　　（事務局記載欄） |
| 入会年度 | **年度** | **※当学会の年度は4月から3月となっておりますので，入会希望年度を必ずご記入ください** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 | |  | | | | | | 生年月日  （西暦） | 年　　月　　日 |
| 英文氏名 | |  | | | | | 英文敬称Dr.Ms.など（　　　　　） | | |
| 連絡先  指　定 | | ＊学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。（いずれかを○で選択ください）  1.　勤務先 　　　　　　　　　2. 自 宅 | | | | | | | |
| メール | ※主となるメールアドレスを第１メール欄にご記入ください | | | | | | | | |
| 第1メール | | ＠ | | | | | | |
| 第２メール | | ＠ | | | | | | |
| 勤 務 先 情 報 | 勤務先名称 | | | | | | | | |
| 所属部署 | | | | 役  職 |  | | | |
| 職名 | 医師　・　看護師　・他の医療専門職種  その他（職種名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 所属住所　　〒 | | | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | | |
| 自 宅 情 報 | 自宅住所　　　〒 | | | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | | |
| 携帯電話　　　 　 　（　　　　　） | | | | | | | | |
| 専門分野 | | ※当てはまらない場合はその他に記入してください。医師は専門領域を、看護師は認定資格もご選択ください。  医師(形成外科・心臓血管外科・血管外科・整形外科・外科・循環器・腎臓・透析・糖尿病内科・内科・皮膚科・放射線・他「　　　　　」)　/　看護師（糖尿病・皮膚排泄ケア・腎不全・他「　　　　　」)/准看護師　/　理学療法士　/　作業療法士　/　義肢装具士　/　臨床工学技士　/　臨床検査技師　 /　介護福祉士　/　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

＜入会申し込み先＞　日本フットケア・足病医学会事務局宛　FAX 03-5291-2176 　e-mail：info@jfcpm.org

※初期費用15,000円（入会金5,000円＋年会費10,000円）をお振込み後、本申込書のご提出をお願いします。

**振込先口座名：社）日本フットケア・足病医学会　　（　シャ)ニホンフットケア・アシビョウイガッカイ　）**

**・郵便局振込票利用の場合：　口座記号番号　00110　–　9　–　293425**

**・銀行からの振込の場合 ：　ゆうちょ銀行　019店　当座 0293425**

※振込み日をご記入下さい。＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

お振込み名がご本人でない場合（施設名など）→振込者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受領日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処理日 |

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ9F（株）春恒社　日本フットケア・足病医学会事務局