

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・他「 」) / 看護師 →認定看護師(糖尿病)・認定看護師(皮膚排泄ケア)・認定看護師(腎不全)・認定看護師(その他) / 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・アシビョウイガツカイ)

- ・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 新宿ミッドタビル 9F (株) 春恒社 日本フットケア・足病医学会事務局

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。