

入会 住所変更 勤務先変更 退会 届け (お選びください)

*印の項目は記入必須です。

*ふりがな		会員番号 (↑既会員の方はご記入願います)	
*氏名			
*ローマ字	性)	名)	
*生年月日	西暦	年	月 日 生
*勤務先名称			
*部署・役職			
*職名	(お選びください) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他 ()		
年会費			
①医師及び歯科医師 13,000 円/年 ②その他の者 7,000 円/年 ③賛助会員 一口 100,000 円 ④会誌購読 10,000 円/年 ※入会届ご記入後に返送頂き次第、事務局より入会案内と請求書を送付致します。			
専門分野	1.	2.	3.
*①勤務先住所	〒		
*勤務先 TEL(内線)		勤務先 FAX	
*勤務先 E-mail			
*②自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
自宅 E-mail			
*連絡先	(会誌等送付先をお選びください) <input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅		

○本会の事業年度は、毎年9月1日から翌年8月31日までとなっております。年度途中に入会した場合も、会費は1年分お支払い頂きます。会費の減免はございませんので、あらかじめご了承下さい。

○必要事項をご記入の上、jshmhbo@tmd.ac.jp または FAX03-3813-6292 へお送りください。

入・退会日 (送信日) 年 月 日