

日本皮膚科学会西部支部
入会申込書

会員番号：_____

ふりがな	出身校 (年卒業)
氏名	性別 男・女 生年月日 西暦 年 月 日
E-mail	
自宅住所 (〒) (TEL) (FAX)	
勤務先所在地 (〒) 勤務先名称 (TEL) (FAX)	
機関誌「西日本皮膚科」の送付先 自宅 ・ 勤務先	
日本皮膚科学会会員である 然 ・ 否	
上記の者を貴会会員として適格と認め、入会を推薦します。(自署・自印のこと)	
推薦代議員	印
推薦代議員	印

- 注 1) 太ワク内にご記入の上、事務局までご返送下さい。
2) 代議員2名の推薦をお願いします。
3) 退会および留学の際は、必ず事務局までご連絡下さい。

運営委員会決定	年 月 日	入会期日	年 月 日
諾 ・ 否		入会年度	年度
支部長	印	所属県	県