

令和 年 月 日

## 入会申込書

東邦大学医学会 御中

貴会に会費を添えて下記のとおり入会の申し込みをいたします。

(ふりがな)

氏 名:

所 属:

役 職:

現在 東邦大学に 勤務している ・ 勤務していない (○をお付けください)

雑誌郵送先 : 学内所属先 / 学外 / 不要

(○をお付けください)

- ・特段、ご不便がない場合は、学内所属先への雑誌お届けを御利用ください。
- ・学外への郵送をご希望の場合は、下記に郵送先をご記入ください。

雑誌等郵送先

〒

Tel ( ) -

お問い合わせ・入会申込み先:

東邦大学医学会事務局

〒143-8540 東京都大田区大森西 5-21-16

東邦大学医学部本館 3階

Tel:03-3762-4151(内線 2465) Fax:03-3762-5077

e-mail: igakukai@med.toho-u.ac.jp