

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 (チェックをお付けください)

●東邦大学に勤務していない方へ

例会・総会の開催案内(年3回)のご送付を希望されますか?

(※東邦大学に勤務されている方へは東邦のアドレス宛へご送信しています)

希望する ・  希望しない

希望される場合は、以下に郵送先をお願いします。

〒

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 2 号館M1階 医学メディアセンター内

Tel:03-3762-4151(内線 2465) Fax:03-3764-1642

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