

会員番号:	—
入会年度:	年度

申込日 年 月 日

## 日本股関節鏡研究会 入会申込書

会員資格	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他( )
------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------

※会員資格の□に✓を記入してください。

	姓	名		
ふりがな				
氏名				
生年月日	西暦	年	月	日
	性別	男 ・ 女		

連絡先	1. 所属	2. 現住所
-----	-------	--------

※連絡先(送付先)をご指定ください。

### 【所属】

名称	職名:		
住所	〒		
	TEL	FAX	
	E-mail(必須)		

### 【現住所(自宅)】

現住所	〒		
	TEL	FAX	
	E-mail(必須)		

### 【その他】

出身又は在籍医局:	卒業年次:
-----------	-------

※入会申込書はすべてデータベースに登録しますので楷書ではっきりご記入ください。

※E-mail アドレスは勤務先・自宅どちらか必ずご登録ください。

### 【日本股関節鏡研究会事務局】

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢516番地 神奈川県リハビリテーション病院内  
 TEL : 046-249-2503 FAX : 046-249-2502 E-mail : hipscope@kanagawa-rehab.or.jp