

正会員入会申込書

一般社団法人大阪臨床整形外科医会 代表理事 殿

氏名	男 女	昭和 平成	年	月	日生	年齢	歳
----	--------	----------	---	---	----	----	---

e-mail アドレス	HPアドレス
-------------	--------

医療機関所在地	〒	—
---------	---	---

TEL ()	—
---------	---

FAX ()	—
---------	---

医療機関名

診療形態	病院	・	有床診	・	無床診	・	開業	・	勤務
------	----	---	-----	---	-----	---	----	---	----

自宅住所	〒	—
------	---	---

TEL ()	—
---------	---

FAX ()	—
---------	---

出身校	大学	卒業年	昭・平・令	年
-----	----	-----	-------	---

出身医局	大学	科
------	----	---

入会申込年月日	：	令和	年	月	日
---------	---	----	---	---	---

メーリングリスト (ML) に参加	希望する	希望しない
-------------------	------	-------

OCOAホームページ (TOP) にクリニックのホームページ掲載	希望する	希望しない
----------------------------------	------	-------

入会申込書記入要領

該当する項目を○で囲み、必要事項をご記入ください

氏名にはふりがなを忘れずにご記入ください

医療機関名称には、法人の場合は必ず法人名をご記入ください

日本整形外科学会	会員 ()	・	専門医 ()	・	非専門医 ()
----------	--------	---	---------	---	----------

所属医師会 ()	医師会
-----------	-----

入会申込年月日	：	令和	年	月	日
---------	---	----	---	---	---