

# FAX 宛先 : 092-834-2816 <JET 事務局宛>

J E T 事務局 <福岡市早良区百道浜 3-6-40 福岡国際医療福祉学院 7 階>

Tel:092-834-2815

## Japan Endovascular Treatment Conference (JET) 入会申込書

医師 (正会員) 用

2018年度新規入会用

私は、下記のとおり、Japan Endovascular Treatment Conference (JET) への入会を申し込みます。

届出日 年 月 日

氏名

### ●会員情報

医籍番号	
------	--

氏名		姓	名
	漢字		
	カナ		
	英字		

生年月日	19 年 月 日	性別	男・女
------	----------	----	-----

所属	名称			
	部・科			
	〒			
	電話	(内線 : )	F A X	

E-Mail アドレス	@
-------------	---

※ご所属先は正式名称でご記入ください。

※E-mail アドレスを登録いただくと学会情報を配信いたします。

※「\_(アンダーバー)」と「-(ハイフン)」、「0(ゼロ)」と「o(ローマ字)」等、注意書をいただけると助かります。

現住所	〒			
	電話		F A X	

卒業校	学校名	大学	学部
	卒業年	年卒業 (西暦でご記入ください)	

郵送物の送付先 (口にしで印をつけてください)  所属機関  現住所

会員番号	
------	--

受付日 年 月 日

受付担当