送信先ＦＡＸ．03-6267-4555　メールアドレス　maf-hb@mynavi.jp

住　所 〒100-0003東京都千代田区一ツ橋１-１-１パレスサイドビル  
(株)毎日学術フォーラム内　●学会事務局

ホットバルーン研究会　入会申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | 787 | － |  |  |  | － |  |  |  |  |

申込年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別※ | １．医師会員　　２．コメディカル会員 | | | | | | | | | | | 入会年度※※ | | | 年度 | |
| ※会員種別：1.医師会員は日本医師免許証を有する個人、2.コメディカル会員は医師会員以外の個人  ※※入会年度：当会の年度は、毎年4月から始まり、翌年3月末をもって終了します例：2018年度　2018年4月～2019年3月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 姓(Family name) | | | | | | | | | | | 名(Given name & Middle name) | | | | | |
| ローマ字 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | １　９ |  |  | 年 | |  |  | 月 |  | |  | 日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | １．　所　属 | | | | ２．　現住所 | | | | | ※連絡先（送付先）を必ずご指定下さい。 | | | | | |

■所属機関■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | |
| （職名　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　(内線：　　　　　・直通) | | | | | | | | | | | FAX： | |
| ■現住所（自宅）■ | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | FAX： | | |
| ■電子メールアドレス■　必ずご記入下さい | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |