

一般社団法人 日本創傷治癒学会 入会申込書（正会員）

日本創傷治癒学会事務局までFAX(03-3352-1054)もしくは
〒160-8582 東京都新宿区信濃町35慶應義塾大学医学部形成外科学教室内
まで郵送してください。 ※事務局にて記入

* 印は必須事項です。必ずご記入ください。

※受領日

※受付日

※会員番号

会員の種類	正会員		
* フリガナ			
* 氏名			
ローマ字			
* 生年月日	西暦	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先	名称		
所属機関	部署		
* 住所 <small>(送付宛先がご自宅の場合は 以下自宅の欄にご記入ください。)</small>	〒		
TEL/FAX	TEL:	FAX:	
自宅	〒		
TEL/FAX	TEL:	FAX:	
* 電子メール	@		
学歴			
学歴	大学	学部	卒業年 (西暦)
最終学歴	大学大学院(博士課程、修士課程)		終了年 (西暦)
専門科 いずれかを○で囲む	1. 外科 2. 形成外科 3. 皮膚科 4. その他の臨床科 5. 基礎系 6. 企業系 7. その他()		
	1. 看護師 2. 薬剤師 3. 臨床検査技師 4. 臨床科工学技師 5. 作業療法士 6. 理学療法士 7. 栄養士 8. 医用工学研究者 9. その他()		
* 連絡先/送付物宛先 いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 1. 勤務先・所属機関	<input type="checkbox"/> 2. 自宅	
* WRR誌ご希望購読方法 いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 1. オンラインのみ(¥8,000)	<input type="checkbox"/> 2. オンライン&冊子(¥12,000)	
※初年度は上記年会費に加えて入会金2,000円が請求されます。			

入会金および初年度年会費郵便振替用紙（必要な方はチェックしてください）