日本老年麻酔学会 入会申込書

氏名　（必須）

フリガナ　（必須）

勤務先名称 （必須）

勤務先住所 （必須） 〒

勤務先TEL （必須）

勤務先FAX

E-mail （必須）

※キャリアメール（携帯メール）アドレス不可

役職名

書類送付先　 （必須）　 勤務先　or　自宅 　（〇をするか、該当する方を残してください）

自宅（書類送付先を自宅にする場合は必須）

住所　　　〒

TEL

年会費　　振込（予定）日

　　　　　※振込が完了しないと入会とはなりません

備考・通信欄

日本老年麻酔学会事務局

東北大学医学部

　麻酔科学・周術期医学分野

FAX：022-717-7325

E-mail：jsga-office@umin.ac.jp