日本肥満学会入会申込書

会員番号	※		医師・その他	入会	※　　年　　月　　日
フリガナ				生年月日（西暦）	
氏　名				年　　月　　日	
性別	男 ・ 女 ・ その他 ・ 回答しない				
勤務先	所属	(所属部、課、講座名まで正式名称をご記入ください)			
	所在地	〒			
		TEL		FAX	
所属領域 (1つを選択)	1．臨床系（内科）　2．臨床系（外科）　3．基礎・社会医学系 4．医療職種（医師以外）：（　　） 5．その他（　　）				
自宅	〒				
	TEL			FAX	
最終学校				西暦　　年　　月卒業	
推薦評議員名	印				
備　　考	※				

※は事務局記入

希望連絡先 (いずれかに○印)	勤務先　・　自宅

日本肥満学会は学会情報をいち早く会員の皆様方にお届けするため、メーリングリストを作成しています。ぜひご登録をお願い致します。

メーリングリストにメールアドレスの登録を許諾します

E-MAIL	@　　(勤務先用 ・ 自宅用)

登録頂いたメールアドレスは日本肥満学会会員サービス以外の使用は致しません。