

E-mail : cryomedjapan@gmail.com

## 日本低温医学会 入会申込書

会員番号#						
-------	--	--	--	--	--	--

申込日 年 月 日

#事務局記入欄

会員種別*	正会員 ・ 学生会員 ・ 賛助会員	入会年度	年度
-------	-------------------	------	----

	姓 (Last name)				名 (First name & Middle name)			
名前					Ⓔ			
名前(カナ)								
名前(英字)								
生年月日	西暦	年	月	日	性別*	男 ・ 女		
連絡先*	所属 ・ 自宅				*会員種別・性別・連絡先は該当するものを○で囲んでください *連絡先は、会報等の送付先となります			

### ◆所属機関◆

名称・部署				職名			
住所	(〒 - )						
	TEL				内線:	FAX	

### ◆自宅◆

住所	(〒 - )						
	TEL				FAX		

### ◆メールアドレス◆ ※携帯電話のメールアドレスは登録できません。

E-mail	
--------	--

### ◆学歴◆

最終学歴		西暦	年	卒業 修了
専門分野				

### ◆推薦者(当学会会員)◆ ※推薦者なしの場合は推薦者選出希望とお書きください。

名前	
所属	

日本低温医学会 事務局  
〒285-8741 佐倉市下志津 564-1