

FAX宛先 : 03-5620-1960 <日本嚥下医学会事務局宛>

日本嚥下医学会事務局 〒135-0033 東京都江東区深川2-4-11
 TEL: 03-5620-1953 / FAX: 03-5620-1960 / E-mail: enge@swallowing.jp

日本嚥下医学会 入会申込書

届出日 年 月 日

氏名		姓	名
	漢字		
	カナ		

生年月日	西暦	年	月	日	性別	男	・	女
------	----	---	---	---	----	---	---	---

郵便物送付先	所属先	・	現住所
--------	-----	---	-----

所属	名称			
	部・科			
	住所	〒		
	TEL	(内線:)	FAX	

※所属先は正式名称をご記入ください。

E-mailアドレス	
------------	--

※「_」(アンダーバー)と「-」(ハイフン)、「0」(数字ゼロ)と「o」(ローマ字オー)はフリガナをご記入ください。

現住所	〒			
	TEL		FAX	

卒業校	学校名			
	学部			
	卒業年		医籍登録番号	

学生の身分を有する場合、卒業(修了)予定次期	年	月
------------------------	---	---

資格	医師 ・ 言語聴覚士 ・ 看護師 ・ 歯科医師 ・ その他()
----	----------------------------------

備考 通信欄	
-----------	--

郵便振替払込口座番号 01740-8-41243 日本嚥下医学会

入会金:2,000円/年会費10,000円/入会時合計12,000円

お急ぎの場合は上記へお振込ください。通常は入会申込書をご提出頂きましたら事務局より払込取扱票を郵送します。