**返信先：一般社団法人 日本区域麻酔学会事務局**

**FAX：088-881-6915 / E-mail：**jsra@regional-anesth.jp

**※FAX、ご郵送又はメールにて必ず事務局までご返送ください。**

**入会申込書の提出と会費の振込あわせて確認後、会員番号を下記に記入の上返送いたします。**

**なお入金確認の為、振込は必ず個人名にてお願い致します。**

**日本区域麻酔学会 入会申込書**

申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 姓（Last name） | 名（First 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 | □　所属先　　　・　　　□　自宅 | \*チェック無い場合は所属先の登録とさせていただきます。\*連絡先は、配布物等の送付先及び名簿掲載先となります |

◆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◆

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |

------------------------------------------------------------------------------------------------

日本区域麻酔学会ご入会の手続きが終了いたしました。なお、登録内容の変更がありましたら下記事務局まで

ご連絡いただきますようお願い致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様の会員番号

入金年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日／　　　　　年度新入会員になります。

　年　　　月　　　日

一般社団法人 日本区域麻酔学会事務局

〒781-0082　高知県高知市南川添24番8号　エストデュオA101

　TEL：088-881-6914　FAX：088-881-6915

e-Mail ：jsra@regional-anesth.jp