

ご発表の先生方(非会員の先生)へのお知らせ

本会では、学術集会での発表の主演者は、原則として本会の会員に限らせていただいております。

つきましては、今回のご発表にあたりまして【正会員】もしくは【当日会員】のどちらかの手続きを、必ずお取りくださいますよう、お願いいたします。
尚、当日会員の場合には雑誌への投稿はできませんので、ご注意ください。
何卒よろしくお願い申し上げます。

記

別紙入会申込書に必要事項をご記入の上、正会員の場合には、
入会金及び年会費を添えて、当日会員の場合には当日会費を
添えて、現金書留にて下記事務局宛にお送りください。

【正会員】

一般会員・初期臨床研修医： 10,000 円（入会金 2,000 円、年会費 8,000 円）

コメディカル会員： 5,000 円（入会金 1,000 円、年会費 4,000 円）

【当日会員】＊当日会員は雑誌への投稿はできません。

一般会員： 3,000 円

初期臨床研修医： 1,000 円

コメディカル会員： 1,000 円

〒812-8582

福岡市東区馬出3-1-1

九州大学医学部整形外科

日本リウマチ学会九州・沖縄支部

TEL 092-642-5493

FAX 092-642-5507

日本リウマチ学会九州・沖縄支部 入会申込書

* どちらかを○で囲んでください。

正会員（新入会） ・ 当日会員

| | | | | |
|-------|--|--------|--------------------|----|
| フリガナ | | | 生年月日 | 性別 |
| 氏 名 | 印 | 年 月 日生 | ○で囲んでください 男 ・ 女 | |
| 勤務先 | | | 役職 | |
| 勤務先住所 | 〒 TEL () - FAX () - | | | |
| 自宅住所 | 〒 TEL () - FAX () - | | | |

正会員（新入会）をご希望の方は下記もご記入ください。

| | | | |
|--------|-----------|------------|--|
| E-mail | | | |
| 雑誌送付先 | 勤務先 ・ 自 宅 | *○で囲んでください | |
| 出身大学 | 大学 | 年卒業 | |
| 在籍医局 | 大学 | 学教室 | |

貴学会の趣旨に賛同し入会いたしたく、下記金額を添えて申込いたします。

年 月 日

【正会員】

一般会員・初期臨床研修医：10,000 円（入会金 2,000 円、年会費 8,000 円）

コメディカル会員 ： 5,000 円（入会金 1,000 円、年会費 4,000 円）

【当日会員】

一般会員 ： 3,000 円

初期臨床研修医 ： 1,000 円

コメディカル会員 ： 1,000 円