西暦　　　　/　　　/

ＦＡＸ入会申込み用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信先: | 日本成人脊柱変形学会事務局担当行（jsasd@hama-med.ac.jp） | 発 信 元: |  |
| FAX番号: |  |
| FAX番号: | 053-435-2296 | 電話番号: |  |
| 電話番号: | 053-435-2297 | 担 当: |  |

＜日本成人脊柱変形学会　会員情報登録票＞**No.**

　　　　　　　　　　　＊事務局記載欄

お　名　前

　　ふりがな

 ご　所　属

　　ご　役　職

　　Ｅ－ＭＡＩＬ

* **当学会からの諸連絡は、メール連絡を原則といたします。**

＜書類の送付先：**勤務先　／　自宅**いずれかを選択のうえ、ご記入ください＞

　　＊**自宅をご選択の場合でも、ご連絡がつかない際は勤務先に送付させていただきます。**

 郵便番号 〒

 ご　住　所

 電　話

　　ＦＡＸ

**＊ご連絡先の変更や、退会希望の際は、必ず事務局までご連絡お願いいたします。**