

## 琉球医学会入会申込書

No.

ふりがな			入会 申込日	西暦 年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年 月日	西暦 年 月 日
ローマ字				
勤務先	住所	☎		
	名称		☎ FAX	
	役職		E-Mail	
自宅	☎		☎ FAX E-Mail	
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅宛			
最終学歴	大学		年卒	
	大学大学院	研究科 課程	年卒	

※連絡先はいずれか1つに√印をつけて下さい。

注：記載事項（住所等）に変更があった場合は、速やかに学会事務局にご通知下さい。

〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207 番地  
がじゅまる会館 1F  
琉球医学会事務局  
TEL/FAX:098-988-8362  
E-mail:ryukai3@cap.ne.jp