

琉球医学会入会申込書

No.

| | | | | |
|------|---|---|-----------|----------------|
| ふりがな | | | 入会 申込日 | 平成 年 月 日 |
| 氏名 | | | 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 | | 昭和 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 2F
琉球医学会事務局
Tel/Fax 098-988-8362
E-mail:ryuikai3@cap.ne.jp

琉球医学会入会申込書（保護者等用）

No.

| | | | |
|------|---|-----------|----------------|
| ふりがな | | 入会 申込日 | 平成 22年 月 日 |
| 氏名 | | 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 | | |
| 学生氏名 | | | |
| 備考 | | | |

※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 2F
琉球医学会事務局
Tel/Fax 098-988-8362
E-mail:ryuikai3@cap.ne.jp

退 会 届

琉球医学会会長 上里 博 殿

のため、平成 年 月 日付で

琉球医学会を退会いたしたいので、ここにお届け致します。

平成 年 月 日（投函日もしくは医学会に提出日を記入）

勤務先住所/所属部局科

勤務先名/官 職

氏 名

印

.....（事務局欄）.....

会員番号 No.

入会日 年 月 日

会費納入状況（ 年度 ～ 年度支払い済）

庶務常任理事 田中勇悦（ ） 会計常任理事 石田 肇（ ）

会長受理印（ ）

