

日本インターベンショナルラジオロジー学会 入会申込書

年 月 日記入

フリガナ 氏名		性別	生年月日	19 年 月 日生
		男 女	所属 基本領域 学会名	<input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会 <input type="checkbox"/> 日本外科学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> 他()
*英文氏名			卒業大学	(年卒)
勤務先名			所属科	
フリガナ 勤務先 住所	〒			
	TEL		FAX	
自宅住所	〒			
	TEL		FAX	
E-mail				
郵便物 送付先	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○をつけて下さい。)			

* E-mail は活字体でご記入下さい。

☆ ご自分の専門領域(日常行っている領域)をチェックして下さい。

<p>【臓器カテゴリー】</p> <p><input type="checkbox"/>脳 <input type="checkbox"/>心臓 <input type="checkbox"/>末梢血管 <input type="checkbox"/>肝・胆・膵 <input type="checkbox"/>泌尿・生殖器 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>頭頸部 <input type="checkbox"/>大血管 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>消化管 <input type="checkbox"/>骨・軟部</p> <p>【手技別カテゴリー】</p> <p><input type="checkbox"/>脳 <input type="checkbox"/>肝・胆・膵 <input type="checkbox"/>子宮 <input type="checkbox"/>外傷性出血 <input type="checkbox"/>動脈瘤-腹部</p> <p><input type="checkbox"/>頭頸部 <input type="checkbox"/>脾 <input type="checkbox"/>骨・軟部 <input type="checkbox"/>動脈瘤-脳 <input type="checkbox"/>動脈瘤-骨盤・四肢</p> <p><input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>腎 <input type="checkbox"/>消化管出血 <input type="checkbox"/>動脈瘤-頭頸部</p>

※入会金および 年度会費(20000円)は ____月 ____日に振り込みました。

事務局記入欄 受領日: _____ 会員番号: _____
