福岡救急医学会 事務局　行

FAX:092-642-6224

|  |
| --- |
| **福岡救急医学会入会申込書** |
|  |
| ふ　り　が　な | 　 | 入　会　年　月　日 |
| **氏　　　　名** | 　 | 令和　　　年　　　月 |
|  |
| **勤　務　先　住　所** | 〒 | TEL　　　 |
|  | 　 | FAX  |
|  |  | E-mail |
| **勤　務　先　名** |  | 　 |
| **所　属　名** |  | 　 |
| **自　宅　住　所** | （郵便物等を自宅宛に希望される場合のみご記入ください） |
| **郵便物送付先** | **送付希望にどちらか○をつけて下さい** | **勤務先** |  **自宅** |
| **会　員　種　別** | **正 会 員** | **協 力 会 員** | **施設会員** |
| **（正会員は、種別に◯をつけて下さい）** | （医師）（看護師） | （医療従事者等） | **賛助会員** |
| （救急救命士） | 　 | **学生会員** |
| **年　会　費** | **3,000** | **2,000** | 　施設会員、賛助会員 10,000 |
|  |  |  | 　学生会員 無料 |