

# 日本ボツリヌス治療学会 新規入会申込書

会員番号	登録日	/
------	-----	---

新規入会申込年月日: 20 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 1. 会員 (医師・歯科医師) <input type="checkbox"/> 2. 会員 (メディカルスタッフ) <input type="checkbox"/> 3. 賛助会員: 団体 <input type="checkbox"/> 4. 賛助会員: 個人 <input type="checkbox"/> 5. 施設会員 <input type="checkbox"/> 6. 学生会員	入会年度	年度
------	--	------	----

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		
生年月日	1 9 年 月 日	性別 男 ・ 女

絡先	1. 所属	2. 自宅
----	-------	-------

※連絡先(書類等送付先)をご指定下さい。

■所属情報■

名称	(職名)
在地	〒
	TEL: ( ) FAX:
	e-mail:

■自宅情報■

住所(自宅)	〒
	TEL: ( ) FAX:
	e-mail:

■専門情報■

専門領域 (複数記載可)	
主に治療している疾患 (複数選択可)	
ボツリヌス治療の経験年数	年

新規入会申込書送付先 : 日本ボツリヌス治療学会事務局

〒770-8503 徳島県徳島市蔵本町3丁目 18-15

藤井センター4階 408 徳島大学医歯薬学研究部 先端創薬臨床研究室内

TEL: 088-633-7943(内線 7946) FAX: 088-634-6469

E-mail: c-ishihara@tokushima-u.ac.jp