

日本運動器移植・再生医学研究会 入会申込書

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	19 年 月 日
会員区分	1) A 会員 医師・歯科医師 2) B 会員 医師以外()		
勤務先	名称		
	住所 〒		
	TEL:		
現住所	〒		
	TEL:		
Eメール	@		
在籍医局			
卒業校	1) 昭和 年卒 2) 平成		
案内等送付先	1) 勤務先	2) 現住所	希望

日本運動器移植・再生医学研究会

岡山大学整形外科学教室内

TEL: 086-235-7273

FAX: 086-223-9727