

東北救急医学会入会申込書

年 月 日

(ふりがな)		
氏名 (漢字)	(姓)	(名)
勤務先	施設名	
	科名	
	職名	
	所在地	〒
	TEL	
	FAX	
所属会員 ○ を付けて下さい	A 会員 (臨床系医師) B 会員 (看護師・臨床系医師以外の医学研究者・医療関係者) C 会員 (救急隊員並びに行政関係者) D 会員 (その他) 賛助会員	

申込書送付先

FAX: 022-717-7492

東北救急医学会事務局 (東北大学大学院医学系研究科救急医学分野内)

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町 1-1