

# 日本医療過誤法学会 入会申込書

申込日 年 月 日

私は、日本医療過誤法学会の規約に同意し、下記の通り入会を申し込みます。

フリガナ			
氏名			印
性別	男・女	生年月日	年 月 日
フリガナ			
連絡先住所	〒  ( 自宅 / 勤務先 ) ←どちらかに○を付けてください		
電話番号		FAX	
電子メール	※はっきりと分かりやすく書いてください。		
最終学歴			
所属・職業			
専門分野			
研究実績			
推薦者(会員2名)	印	印	