年　　　月　　　日

 **日本静脈麻酔学会　新入会 申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　−　　　 |
| 勤務先TEL |  |
| 勤務先FAX |  |
| E-mailアドレス |  |

ご記入後、学会事務局までE-mailでご送付下さい。

学会事務局　〒２３６−０００４

　　　　　　横浜市金沢区福浦３－２

　　　　　　横浜市立大学医学部麻酔科学教室内

　　　　　　日本静脈麻酔学会事務局

 Tel: 045-787-2918

 E-mail: secretariat@jsiva.net