

\_\_\_\_\_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