

_____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 または Fax でご送付下さい。

学会事務局 〒142-8666
品川区旗の台1-5-8
昭和大学医学部麻酔科学講座内
日本静脈麻酔学会事務局
Tel: 03-3784-8575
Fax: 03-3784-8357
E-mail: secretariat@jsiva.net