

日本ボツリヌス治療学会 会員登録変更届 (*印と変更事項をご記入ください)

*会員番号	登録日	/
-------	-----	---

申込年月日: 20 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 1. 会員：医師・歯科医師	入会年度	年度
	<input type="checkbox"/> 2. 会員（メディカルスタッフ）		
	<input type="checkbox"/> 3. 賛助会員：団体		
	<input type="checkbox"/> 4. 賛助会員：個人		
	<input type="checkbox"/> 5. 施設会員		
	<input type="checkbox"/> 6. 学生会員		

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
*氏名		
生年月日	1 9 年 月 日	性別 男 ・ 女

*連絡先	1. 所属	2. 自宅
------	-------	-------

※連絡先(会費請求書等送付先)をご指定下さい。

■*所属情報■

名称	(職名)	
所在地	〒	
	TEL: ()	FAX:
	e-mail:	

■自宅情報■

現住所 (自宅)	〒	
	TEL:	FAX:
	e-mail:	

■専門情報■

専門領域 (複数記載可)	
主に治療している疾患 (複数選択可)	
ボツリヌス治療の経験年数	年

入会申込書送付先：日本ボツリヌス治療学会事務局

〒770-8503 徳島県徳島市蔵本町3丁目18-15

藤井センター4階 408 徳島大学医歯薬学研究部 先端創薬臨床研究室内

TEL：088-633-7943 (内線 7946) FAX：088-634-6469

E-mail：c-ishihara@tokushima-u.ac.jp