

日本皮膚科学会西部支部  
入会申込書

会員番号： \_\_\_\_\_

ふりがな	出身校
氏名	( 年卒業 )
	性別 男・女
	生年月日 西暦 年 月 日
E-mail	
自宅住所 (〒 )	
(TEL )	
(FAX )	
勤務先所在地 (〒 )	
(TEL )	
(FAX )	
機関誌「西日本皮膚科」の送付先 自宅 ・ 勤務先	
日本皮膚科学会会員である 然 ・ 否	

- 注 1) 太ワケ内にご記入の上、事務局までご返送下さい。  
2) 退会および留学の際は、必ず事務局までご連絡下さい。

入会期日 年 月 日  
 入会年度 年度  
 会員区分  
 所属県 県