

学生会員の推せんについて

日本結核病学会

理事長 山岸文雄 殿

下記の者を学生会員として推せん申し上げます。

平成 年 月 日

評議員名：

所属：

記

推薦する氏名：

所属：

大学

学部学生(卒業見込み： 年 月)

学生会員申込書

平成 年 月 日

| | | |
|----------------|---|------------|
| 生年月日 | S 年 月 日 男・女 | 卒業見込み: 年 月 |
| 氏名(漢字) | | (フリガナ) |
| 専門 該当を○ | 1.基礎 2.臨床(21.内科 22.呼吸器内科 23.外科 24.その他)3.疫学 4.その他 | |
| 資格 該当を○ | 1. 医師 2. 保健師 3. 看護師 4. 検査技師 5. 放射線技師 6. その他 | |
| 入会した場合の通 信先 | 1. 自宅 2. 大学 | |
| 在学 | 〒: | |
| | 住所: | |
| | 大学名: | |
| | 学部名(詳細に): | |
| | tel: | fax: |
| 自宅 | 〒: | |
| | 住所: | |
| | tel: | fax: |
| E-mail | | |
| ご連絡(何かあれば) | | |

推薦時の注意

院生は該当しません。
 入会后、学部を卒業した場合は必ずご連絡が必要です。
 上記2書類をお送りください。
 〒113-0033
 東京都文京区本郷4-8-9ソフィア本郷
 日本結核病学会 理事長宛