

国際外科学会日本部会 入会方法

2ページ目と3ページ目を印刷し、必要事項をご記入の上ファックスもしくはご郵送ください。

ファックス番号：03 - 3358 - 1424

郵送先：〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1

東京女子医大 消化器センター内

国際外科学会 日本部会宛

事務局で申し込みフォームを受け取り次第、連絡いたします。
日本部会の承認、シカゴ本部の承認を経て正式会員となります。

*承認後、年会費をお振込みいただくこととなります。また次年度からの会費は毎年4月に請求書が届きますので、指定の銀行にお振込みいただくこととなります。

*フェロー会員のみ、初年度にシカゴ本部から送付される Certificate 費用として8,000円が別途かかります。

他、お問い合わせがありましたら国際外科学会 日本部会事務局までご連絡ください。

国際外科学会 日本部会事務局
〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1
東京女子医大 消化器センター内
TEL/FAX: 03-3358-1424
E-MAIL: info@ics-japan.org
URL: <http://www.ics-japan.org/>

International College of Surgeons Japan Section

国際外科学会日本部会 入会申込フォーム

*◎は入力必須項目です。

◎会員種別 一般 Fellow
(ボックスにチェック 非 Fellow
を入れてください)

◎名前 (漢字) 姓: _____ 名: _____ 例) 山田 太郎
◎名前 (カナ) 姓: _____ 名: _____ 例) ヤマダ タロウ
◎名前 (ローマ字) 姓: _____ 名: _____ 例) Yamada Taro

◎生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎連絡先 自宅 所属先
◎書類等送付先 自宅 所属先
◎Journal のメール配信 所属機関 自宅

◎自宅住所郵便番号 _____

◎自宅住所 _____

◎自宅電話番号 _____

自宅ファックス番号 _____

自宅メールアドレス _____ @ _____

所属機関名 _____

所属科名 _____

役職 _____

所属機関郵便番号 _____

所属機関住所 _____

所属機関電話番号 _____

上記以外の連絡先電話番号 _____

所属機関ファックス番号 _____

所属機関メールアドレス _____ @ _____

(* **Journal** のメール配信を所属機関でご希望の場合は、必ずご記入ください。)

専門分野

*現職にある方はお選びください (複数選択可)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominal Surgery | <input type="checkbox"/> Anatomy | <input type="checkbox"/> Anesthesiology |
| <input type="checkbox"/> Biochemistry | <input type="checkbox"/> Breast Cancer | <input type="checkbox"/> Cardio-Thoracic Surgery |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular Surgery | <input type="checkbox"/> Colon-Rectal Surgery | <input type="checkbox"/> Ear, Nose & Throat |
| <input type="checkbox"/> Endoscopic Surgery | <input type="checkbox"/> Eye, Ear, Nose & Throat | <input type="checkbox"/> Gastroenterology |
| <input type="checkbox"/> General Surgery | <input type="checkbox"/> Genito-Urinary Surgery | <input type="checkbox"/> Gynecology |
| <input type="checkbox"/> Hand Surgery | <input type="checkbox"/> Head-Neck Surgery | <input type="checkbox"/> Infertility Surgery |
| <input type="checkbox"/> Maxillofacial Surgery | <input type="checkbox"/> Microbiology | <input type="checkbox"/> Microsurgery |
| <input type="checkbox"/> Nephrology | <input type="checkbox"/> Neurosurgery | |
| <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology | <input type="checkbox"/> Oncology | <input type="checkbox"/> Ophthalmic Surgery |
| <input type="checkbox"/> Organ Transplantation | <input type="checkbox"/> Orthopedic Surgery | <input type="checkbox"/> Otolaryngology |
| <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngology | <input type="checkbox"/> Pathology | |
| <input type="checkbox"/> Pediatric Cardio Surgery | <input type="checkbox"/> Pediatric Orthopedic Surgery | |
| <input type="checkbox"/> Pediatric Surgery | <input type="checkbox"/> Pediatric Urological Surgery | |
| <input type="checkbox"/> Physiology | <input type="checkbox"/> Plastic Surgery | <input type="checkbox"/> Radiology |
| <input type="checkbox"/> Thoracic Surgery | <input type="checkbox"/> Traumatic Surgery | <input type="checkbox"/> Urological Surgery |
| <input type="checkbox"/> Vascular Surgery | <input type="checkbox"/> Orthopaedic Surgery | <input type="checkbox"/> Spine Surgery |

ご記入いただき、ありがとうございました。