一般社団法人 日本熱傷学会
入　会　届

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		性　別：　男　・　女	
氏　名		生年月日：　　年　月　日	
所属機関	名　称		
	部　署		
	住　所	〒	
		TEL：　　内線：　　FAX：	
	E-mail		
職種　：　医師　・　看護師　・　他　（　　）		専門科名：	
職名　：　　（ 教授・准教授・講師・助教・部長 など ）			
学歴　：　　大学　　学部　　学科　　課程			
年度卒業　・　在学			
自宅	住　所	〒	
		TEL：　　FAX：	
	E-mail		

会誌送付先 (○印で指定)	所属機関　　・　　自　　宅

※この内容は各日本熱傷学会地方会にお知らせする場合がございます。
地方会への情報開示が不可の場合は右の□にチェックを入れてください。　□ 不可

■送付先（ＦＡＸ、郵送、Ｅメールのいずれかにてお送り下さい）■

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12　新宿ラムダックスビル 9F
（株）春恒社 学会事業部内
日本熱傷学会　会員係 行
TEL:03－5291－6246　FAX:03－5291－2176
E-mail ： burn@shunkosha.com

事務局記入欄

会員番号：　１９１　－　　－	入会年度
会員種別：正会員Ａ・正会員Ｂ・賛助会員・機関会員	年