

# 復帰届書

※は記入必須項目となります。

※お名前	姓 (Sure name) 名 (First name)
※フリガナ	外国姓の方は、お名前と同じ文字またはカタカナ読みを入力してください
※生年月日	年 月 日
※性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
※入会希望学会	<input type="radio"/> 日本肉腫学会 <input type="radio"/> 日本肉腫臨床学会 <input type="radio"/> 両方
※会員属性	<input type="radio"/> 一般会員 8,000円 <input type="radio"/> 正会員 10,000円 <input type="radio"/> 団体会員 50,000円
※病院名・所属施設名	
※医療関係者様のみ 診療科名	
※郵便番号	半角数字 (例 000-0000)
※都道府県	
※ご住所	
ビル・マンション名等	
※ご連絡先 / 電話番号	半角数字 (例 00-000-0000) 携帯番号も可能です
※日中のご連絡先	半角数字 職場やご家族などのご連絡先でも可能です
FAX 番号	半角数字 (例 00-000-0000)
※メールアドレス	半角英数字 管理の都合上、ご登録いただけるメールアドレスは1つです
※コメント	ご質問や、気になることがございましたら、ご自由にご記入ください (100文字以内でお願いします)