日本医事法学会　入会申込書

（手書きでの記入の際は楷書でお願いいたします）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日（西暦）　　　　　年　　月　　日

住所　〒

TEL 　　　　 FAX

E-mail(電子メールアドレス)

学会事務局との連絡および学会のメーリングリストへの登録を希望するアドレスを記載してください。

勤務（所属）先　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　職名・肩書

勤務先所在地　〒

勤務先TEL 　　　 FAX

郵便物送付先（いずれかに○をおつけ下さい）　　自宅　・　勤務先

最終卒業学校

現在の専門 １ 医療関係 ２ 法律関係 ３ 医療・法律４その他（いずれかに○をおつけ下さい）

専門詳細

主な研究業績（公刊された、または修士論文以上の研究論文〔医事法以外の論文も可〕を原則とします。該当する業績がない場合には、略歴、および、申込者が医事法学研究に従事することを示す、推薦会員の推薦書を添付してください）.

論文名　　　　　　　　　　発表年月　　　発表雑誌（巻・号・頁）　　出版社名

現在関心を持っているテーマ

　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦会員　　氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

　私は、貴会の趣旨・規約を了承の上、入会致したく、上記会員の推薦をえて、

ここに申し込みます。

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　印

日本医事法学会御中

承認　　　　　年　　月　　日