申込先：宮崎救急医学会事務局　FAX 0985-85-9105

**宮崎救急医学会　　会員申込書**

申込年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 種　別(年会費) | １．医師(1,000円)　　　　　　　２．看護師(500円)　３．メディカルスタッフ(500円)　４．消防関係者(500円)５．賛助会員個人(1,000円)　　※ただし、幹事任期中は2,500円 |
| 連絡先１．勤務先２．自　宅 | 住　所 | 〒 |
| 施設名 |  |
| 部署名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |
| ※事務局記入欄 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |