

日本肥満症治療学会 会員申込書

年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日（西暦）	年 月 日
性別	男・女
所属施設住所	〒
所属施設名称	
所属部署	
所属施設 T E L	
所属施設 F A X	
自宅住所	〒
自宅 T E L / F A X	
E-Mail Adress	
職種別	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師（診療科： 科） ・ 栄養士 / 管理栄養士 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床心理士 ・ 医療ソーシャルワーカー(MSW) ・ 理学療法士 ・ その他の医療従事者（ ） ・ 賛助会員 （ をつけて下さい）
連絡先および名簿掲載	所属先・自宅（ をつけて下さい）

入会申込書 FAX 送信先

F A X 0 3 - 5 8 4 0 - 6 1 3 0

問合せ先：日本肥満症治療学会事務局 株式会社コンパス内 TEL:03-5840-6131