

日本肥満症治療学会 会員申込書

平成 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TEL	
所属施設FAX	
自宅住所	〒
自宅TEL/FAX	
E-Mail Address	
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