日本内分泌外科学会

内視鏡下甲状腺手術ワーキンググループメンバー申請書

内視鏡下甲状腺手術ワーキンググループへの参加を希望しますので申込いたします。

メンバー承認の後はグループの規則に従い、活動に協力することを誓います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

日本内分泌外科学会

内視鏡下甲状腺手術ワーキンググループ　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

入会メンバー現状調書

氏名：（ひらがな）

氏名：（漢字）

性別

日本内分泌外科学会　会員番号：

勤務先　名称：

　　　　所在地：〒

　　　　E-mail：

 TEL：

 FAX：

良性腫瘍施設認定：　　有　　　　無　　（無の場合、今後の取得予定：　有　　無　）

悪性腫瘍施設認定：　　有　　　　無　　（無の場合、今後の取得予定：　有　　無　）

* 施設認定を取得されている場合は、厚生局からの認定通知書（良性・悪性）のコピーを同封ください