**メディカルLVSEM研究会（腎生検LVSEM研究会から改称）入会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 姓 | 名 |
| お名前 |  |  |
| Name (英文表記) |  |  |
| 生年月 | 西暦　　　　年　　　月 |
| ご所属（勤務先） |  |
| ご所属（英文表記） |  |
| ご所属住所 | 〒 |
| ご所属住所（英文表記） |  |
| ご所属TEL |  |
| ご所属FAX |  |
| E-mail address (1) 必須 |  |
| E-mail address (2）任意 |  |
| 職区分・資格他 | 病理医　臨床医　研究者　技術者　その他（具体的に) |

入会に当たり、自己紹介・挨拶など一言お願いします。

|  |
| --- |
| 入会目的・期待すること・目標など（自由） |

ご記入の上、事務局にメール(添付)にて送付下さい。

世話人会における入会の承認の後、会員に登録されます。

送付先:　腎生検LVSEM研究会事務局

〒142-8555 東京都品川区旗の台1-5-8

昭和大学医学部顕微解剖学　本田一穂

電話：03-3874-8103　FAX: 03-3784-6815

E-mail: lvsem@med.showa-u.ac.jp

以上