

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