**腎生検LVSEM研究会　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） |  |
| ご所属お電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail address |  |
|  |  |
|  |  |

入会にあたり、自己紹介・挨拶などコメントをお願いいたします。

|  |
| --- |
| 入会目的・期待すること・目標など（自由） |

ご記入の上、LVSEM研究会事務局にお送りください（メールでも可）。

入会承認の後、年会費を払い込みいただき、会員に登録されます。

送付先：腎生検LVSEM研究会

〒142-8555 東京都品川区旗の台1-5-8　昭和大学医学部 顕微解剖学教室

本田 一穂　　E-mail：lvsem@med.showa-u.ac.jp

以上