

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