

登録No.

(記入しないでください)

日本航空医療学会入会申込書（個人）

		記入日		年	月	日	
ふりがな		性別	男	生年 月日	年	月	日
氏名			女				
職種 ○で囲んで必要のあるところは記入して下さい	医師(専門診療科まで記入 複数記入可 _____) 看護師 救急救命士 救急隊員 消防士 操縦士 整備士 運航管理 その他(_____)						
勤務先							
所属							
役職							
勤務先住所	〒						
	TEL:			FAX:			
	E-mail アドレス:						
自宅住所	〒						
	TEL:			FAX:			
	勤務先 ・ 自宅 (希望される資料送付先を○で囲んでください)						

※ ご記入後 E-mail または Fax にて事務局までご送付ください。

横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター内

日本航空医療学会事務局

E-mail : jsas@urahp.yokohama-cu.ac.jp

Fax : 045-253-5350