

日本骨形態計測学会 入会申込書

フリガナ	
氏 名	
所属	
所属先住所	〒 — TEL () — FAX () E-mail
生年月日	西暦 年 月 日
通信欄	連絡先が上記と異なる場合等ご記入ください 〒 — TEL () — FAX () — E-mail
日本骨代謝学会の	1, 2のうちいずれか1つを選択し、○を付けてください。 1. 会員である 2. 会員でない
JBMM (日本骨代謝学会英文誌) の送付希望	1, 2のうちいずれか1つを選択し、○を付けてください。 1. 希望する 2. 希望しない

枠内をご記入の上、**086-464-1192** まで FAX にて送信ください

日本骨形態計測学会
川崎医科大学放射線医学（核医学）教室内
〒701-0192 倉敷市松島577
TEL: 086-462-1111（内21521） FAX: 086-464-1192
E-mail : jsbm.office@gmail.com