

日本骨形態計測学会入会 申込書

申込日 20 年 月 日

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 () —
日本骨代謝学会の	いずれか1つを選択してください。 <input checked="" type="radio"/> 会員である <input type="radio"/> 会員ではない

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

枠内をご記入の上、事務局(jsbm.office@gmail.com)まで
e-mail添付にてご送信ください。

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