

## 日本メディカルイラストレーション学会 入会申込書（学生会員）

私は日本メディカルイラストレーション学会の目的と事業に賛同し、会則を遵守致しますので、入会を申し込みします。

申込日                      年        月        日

フリガナ				
氏名				
生年月日	明大 昭平	年        月        日	性別	男    女
フリガナ				
自宅住所	〒	都道 府県		
T E L		携 帯 電 話		
フリガナ			学年	年
学校名				
フリガナ				
学校住所	〒	都道 府県		
T E L		E メ ー ル		
F A X				
推薦者（会員）			適切な推薦者がおられない場合は 事務局にご相談ください	
電子メール <a href="mailto:jsmi@med.kawasaki-m.ac.jp">jsmi@med.kawasaki-m.ac.jp</a> 事務局ファックス086-464-1127 川崎医科大学 現代医学教育博物館 中村信彦 宛				