東北医学会入会申込書

（大学院生）

入会年月日：　　年　　月　　日

【氏　名】　　ふりがな

【所　属】　　所属分野名又は診療科名

【文書送付先】　　所属と異なる場合のみご記入ください。

東北医学会

〒980-8575

仙台市青葉区星陵町2-1

TEL:022-717-8181

FAX:022-273-6011

Email:igakukai@med.tohoku.ac.jp