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、〇を付けてください。 1．会員である 2．会員でない

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