日本骨形態計測学会入会　申込書

申込日　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ	
氏　　名	
勤務先（所属・職名）	□ 一般：8,000 円　　□ 学生：6,000 円
勤務先住所	〒　　－ TEL　（　　）　　－　　FAX（　　）　　－
e-mail	@
生年月日	西暦　　年　　月　　日
通信欄	納付書等郵送先が上記と異なる場合ご記入ください 〒　　－ 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。 ◉ 会員である ○ 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
産業医科大学整形外科学教室内
〒807-8555　北九州市八幡西区医生ケ丘 1-1
TEL: 093-691-7444　　FAX: 093-692-0184
e-mail：jsbm.office@gmail.com