

# 日本骨盤臓器脱手術学会 (JPOPS) 入会申込書

事務局 医療法人東和会 第一東和会病院 ウロギネコロジーセンター内  
 〒569-0081 大阪府高槻市宮野町2番17号  
 電話：072-671-1008 FAX：072-671-1030  
 E-mail：jpops@towa-med.or.jp

平成 年 月 日

記入事項		内容	
フリガナ 氏名			職種(○で囲んで下さい) 医師 ・ コメディカル
	勤務先	施設名	
		住所	〒 都・道・府・県
所属科・部署			
電話番号		( )	
FAX番号		( )	
E-mail		@ ※大文字・小文字・数字・記号等、はっきりと記入をお願い致します。	
書類送付先		勤務先 ・ 自宅 ※自宅の場合、住所の記入をお願い致します。	
自宅住所		〒 都・道・府・県	
紹介者名(JPOPS会員)		先生	
特記事項			

## ※事務局記入欄

登録確認事項		入金・案内	事務局受付
入会費・年会費入金	平成 年 月 日	済 ・ 未	
会員番号	No.	済 ・ 未	
HPパスワード		済 ・ 未	