

## 国際外科学会日本部会 入会方法

2ページ目と3ページ目を印刷し、必要事項をご記入の上ファックスもしくはご郵送ください。

**ファックス番号：03 - 3358 - 1424**

**郵送先：〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1**

**東京女子医大 消化器センター内**

**国際外科学会 日本部会宛**

事務局で申し込みフォームを受け取り次第、連絡いたします。  
日本部会の承認、シカゴ本部の承認を経て正式会員となります。

\*承認後、年会費をお振込みいただくことになります。また次年度からの会費は毎年4月に請求書が届きますので、指定の銀行にお振込みいただくことになります。

\*フェロー会員のみ、初年度にシカゴ本部から送付される Certificate 費用として8,000円が別途かかります。

他、お問い合わせがありましたら国際外科学会 日本部会事務局までご連絡ください。

国際外科学会 日本部会事務局  
〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1  
東京女子医大 消化器センター内  
TEL/FAX: 03-3358-1424  
E-MAIL: info@ics-japan.org  
URL: <http://www.ics-japan.org/>

## International College of Surgeons Japan Section

### 国際外科学会日本部会 入会申込フォーム

\*◎は入力必須項目です。

◎会員種別  一般 Fellow  
(ボックスにチェック  非 Fellow  
を入れてください)

◎名前 (漢字) 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 例) 山田 太郎  
◎名前 (カナ) 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 例) ヤマダ タロウ  
◎名前 (ローマ字) 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 例) Yamada Taro

◎生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎連絡先  自宅  所属先  
◎書類等送付先  自宅  所属先  
◎Journal のメール配信  所属機関  自宅

◎自宅住所郵便番号 \_\_\_\_\_

◎自宅住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◎自宅電話番号 \_\_\_\_\_

自宅ファックス番号 \_\_\_\_\_

自宅メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

所属機関名 \_\_\_\_\_

所属科名 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

所属機関郵便番号 \_\_\_\_\_

所属機関住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

所属機関電話番号 \_\_\_\_\_

上記以外の連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

所属機関ファックス番号 \_\_\_\_\_

所属機関メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

( \* **Journal** のメール配信を所属機関でご希望の場合は、必ずご記入ください。 )

専門分野

\*現職にある方はお選びください (複数選択可)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominal Surgery         | <input type="checkbox"/> Anatomy                      | <input type="checkbox"/> Anesthesiology          |
| <input type="checkbox"/> Biochemistry              | <input type="checkbox"/> Breast Cancer                | <input type="checkbox"/> Cardio-Thoracic Surgery |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular Surgery    | <input type="checkbox"/> Colon-Rectal Surgery         | <input type="checkbox"/> Ear, Nose & Throat      |
| <input type="checkbox"/> Endoscopic Surgery        | <input type="checkbox"/> Eye, Ear, Nose & Throat      | <input type="checkbox"/> Gastroenterology        |
| <input type="checkbox"/> General Surgery           | <input type="checkbox"/> Genito-Urinary Surgery       | <input type="checkbox"/> Gynecology              |
| <input type="checkbox"/> Hand Surgery              | <input type="checkbox"/> Head-Neck Surgery            | <input type="checkbox"/> Infertility Surgery     |
| <input type="checkbox"/> Maxillofacial Surgery     | <input type="checkbox"/> Microbiology                 | <input type="checkbox"/> Microsurgery            |
| <input type="checkbox"/> Nephrology                | <input type="checkbox"/> Neurosurgery                 |  |
| <input type="checkbox"/> Obstetrics and Gynecology | <input type="checkbox"/> Oncology                     | <input type="checkbox"/> Ophthalmic Surgery      |
| <input type="checkbox"/> Organ Transplantation     | <input type="checkbox"/> Orthopedic Surgery           | <input type="checkbox"/> Otolaryngology          |
| <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngology       | <input type="checkbox"/> Pathology                    |  |
| <input type="checkbox"/> Pediatric Cardio Surgery  | <input type="checkbox"/> Pediatric Orthopedic Surgery |  |
| <input type="checkbox"/> Pediatric Surgery         | <input type="checkbox"/> Pediatric Urological Surgery |  |
| <input type="checkbox"/> Physiology                | <input type="checkbox"/> Plastic Surgery              | <input type="checkbox"/> Radiology               |
| <input type="checkbox"/> Thoracic Surgery          | <input type="checkbox"/> Traumatic Surgery            | <input type="checkbox"/> Urological Surgery      |
| <input type="checkbox"/> Vascular Surgery          | <input type="checkbox"/> Orthopaedic Surgery          | <input type="checkbox"/> Spine Surgery           |

ご記入いただき、ありがとうございました。