

〔FAX送信用紙〕

1.学会情報 (様式1)

学会名は必ずご記入願います。

ふりがな 学会名 (和名)	
記載内容変更の有無	1.あり 2.なし (どちらかに○をつけてください)

以下は既に掲載済みの学会は変更事項のみご記入願います。

学会名 (英名)				
学会住所	〒			
電話番号	()	FAX番号	()	
法人格	1.なし 2.財団法人 3.社団法人 [明治、大正、昭和、平成] ____年 (いずれかに○をつけてください)			
学会設立年	[1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成] ____年			
日本医学会加盟年	1.未加盟 2.加盟年 (明治、大正、昭和、平成] ____年)			
教育・生涯教育活動 (100文字以内でお願いします)				
認定・専門医制度	名 称		制度開設期日	
			[1.昭和 2.平成] ____年	
			[1.昭和 2.平成] ____年	
			[1.昭和 2.平成] ____年	
電子メールアドレス	(ない場合は「なし」とご記入ください)			
ホームページURL	http:// (ない場合は「なし」とご記入ください)			
コメント				
代表者名 (2名まで)	氏名	勤務先名称	勤務先職名	学会役職名
事務局責任者氏名 (1名)				
会員数	総数 名			
会費	年間 円			
機関誌	機関誌名(複数可)	年間発行回数	発行部数	年間購読料
				1.会費に含む 2.____円/年間
				1.会費に含む 2.____円/年間

