

日本臨床皮膚外科学会会員 加入申込書

氏名	ふりがな						
	日本語	印					
	ローマ字						
生年月日	年 月 日生						
推薦者(理事または評議員1名の署名)							
所属	名称	和文			身分	和文	
		英文			英文	英文	
	所在地	和文	〒 TEL FAX 内線 E-mail				
		英文					
自宅住所	和文	〒 TEL FAX			通信連絡先 勤務先 自宅 ( をつけて下さい)		
	英文						
以下の各項は該当する番号一つを選び で囲んで下さい。							
会員の種別 1. 医師 2. 学生 3. その他							
専門 1. 皮膚科 2. 形成外科 3. その他 ( )							
JSDS会員となることを 1. 希望する 2. 希望しない							
学歴	大学		学部	学科	年 月卒業 または卒業予定		
	大学		系大学院	課程	年 月修了 または修了予定		

記載 年 月 日 受付 年 月 日

(注) 和文・英文の両方を必ずご記入下さい。 裏面もご記入下さい。

主要な発表論文:

所属学会(学会活動):

氏名

---

所属

---

1. 現在、日常診療内でよくおこなっている皮膚外科の手術手技に印をつけてください。(複数可)

植皮術      腫瘍摘出術      新鮮火傷      瘢痕・ケロイド

腋臭症

血管腫のレーザー      色素性病変のレーザー治療      その他のレーザー治療

植毛術(パンチ、単一毛、人工毛、フラップ)      電気脱毛(小林式)

その他の脱毛術      毛細血管拡張症

耳介のピアス術      耳介以外ピアス術      ニキビ瘢痕

眼瞼形成術(しわとり)      眼瞼形成術(重瞼)

性器の手術(腫瘍を除く、例:包茎)      フェイスリフト

コラーゲン注射      刺青除去      ケミカルピール

脂肪吸引      脂肪注入      乳房形成

その他( )

2. 皮膚外科学分野の中で、将来特に研究・実践していきたいと思っている手術手技に印をつけてください。(複数可)

植皮術      腫瘍摘出術      新鮮火傷      瘢痕・ケロイド

腋臭症

血管腫のレーザー      色素性病変のレーザー治療      その他のレーザー治療

植毛術(パンチ、単一毛、人工毛、フラップ)      電気脱毛(小林式)

その他の脱毛術      毛細血管拡張症

耳介のピアス術      耳介以外ピアス術      ニキビ瘢痕

眼瞼形成術(しわとり)      眼瞼形成術(重瞼)

性器の手術(腫瘍を除く、例:包茎)      フェイスリフト

コラーゲン注射      刺青除去      ケミカルピール

脂肪吸引      脂肪注入      乳房形成

その他( )

J S D S 会 員 登 録 カ ー ド

記 入 日    年    月    日

会員番号 (事務局記入)			英名		
			氏名		
生年月日	年	月	日	性別	男      女
勤務先英名					
勤務先和名					
勤務先住所(0-7字)					
勤務先住所	〒				
勤務先TEL	(    )	-	勤務先FAX	(    )	-
自宅住所(0-7字)					
自宅住所	〒				
自宅TEL	(    )	-	自宅FAX	(    )	-
電子メールアドレス			ホームページ		
卒業大学名			卒業年		
卒後研修大学 OR 施設					
所属学会名					
研究課題など 自己紹介を 書いて下さい					
推薦者氏名	年    月    日    印				
推薦者所属機関名					