(様式　１）

2024年度 日本義肢装具学会　義肢装具専門医ならびに日本義肢装具学会認定士

更新申込書

**□ 義肢装具専門医（医師対象） ・ □ 義肢装具学会認定士（PT,OT,PO対象）**　　　（どちらかに✔をつけて下さい）

ふりがな

氏　　 　名：

会 員 番 号：

勤 務 機 関：

部 署 名：

職 種： 医師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 義肢装具士（どれかに○をして下さい）

勤務機関所在地：〒

 　　　　　　　　　　　　　　　電話番号:　　　　(　　　　)

自　宅　住　所：

〒

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話:　　　　(　　　　)

※　郵送物は現在学会誌が送られている場所に送付いたします。

e-mail：

 　　　※　連絡は原則メールにて行いますので、必ずご記入ください。

日本義肢装具学会学術大会　参加年：　　　　　年（第　　回学術集会）

（可能であれば参加証のコピーを同封して下さい）

審査料**\7,000**の払込金受領証もしくは振込控（コピー可）を下記に貼付願います

|  |
| --- |
| 払込金受領証もしくは振込控（コピー可）貼付 |