

_____年_____月_____日

日本静脈麻酔学会 新入会申込用紙

ご記入後、E-mail (jsiva@kuhp.kyoto-u.ac.jp) または
FAX (075-752-3259) までご送付下さい。

フリガナ	
氏 名	
所 属	
勤務先住所	〒 -
勤務先 TEL	
勤務先 FAX	
E-mail アドレス	

学会事務局 〒606-8507
京都市左京区聖護院川原町54
京都大学医学部附属病院麻酔科内
日本静脈麻酔学会事務局
TEL : 075-751-3433
FAX : 075-752-3259
E-mail : jsiva@kuhp.kyoto-u.ac.jp