**留　学　届**

　　　　　　年　　　月　　　日

日本救急医学会　御中

※

※

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | ※事務所使用欄 | |
| (ふりがな)  会員名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| E-mail |  | | |
| 振込用紙  送付先 | 〒　　　　―  ※留学期間中の会費は、原則前納となります。振込用紙をお送りいたしますので、送付先をご記入ください。  ※年会費自動引落サービス（オートネットサービス）をご利用の場合は、記入不要です。（ご記入いただいても振込用紙  　を送付いたしません） | | |

下記のとおり、留学中の連絡先についてお届けいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 留学中の  国内連絡先 | 〒　　　　―  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 海　外  連絡先 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 連絡先  送付物  送付先 | 国内連絡先　　・　　海外連絡先  （ご希望の送付先に○をつけてください） |
| 期間 | 留学予定期間：　　　　　　　年　　　月～　　　　　　　　年　　　　月頃まで |

**【注意】**

●専門医（指導医）の休止を希望する場合には、別途「活動休止申請」の手続きが必要です。

●上記項目にご記入のうえ、郵送かＦＡＸでお送り下さい。

郵送先：日本救急医学会事務所

　　　 〒113-0033　東京都文京区本郷3-3-12　ｹｲｽﾞﾋﾞﾙﾃﾞｨﾝｸﾞ3階

**FAX送信先　：　03-5840-9876**