



一般社団法人日本先端心臓血管外科－OPCAB学会

入会申込書

一般社団法人日本先端心臓血管外科－OPCAB学会 事務局 行

e-mail:opcab@ech.co.jp / FAX:03-6863-2510

以下に必要事項を明記の上、EメールまたはFAXにてお送りください。

①若手会員 (年齢 35 歳未満)	②会 員 (年齢 35 歳以上)
-----------------------------	----------------------------

※上記いずれかに丸印を記入してください。

(記入日： 年 月 日)

氏名： _____ ふりがな： _____
生年月日：(西暦) 年 月 日 (歳)
卒業大学： _____ 卒業年度： _____
所属施設： _____
所属医局・職位： _____
住所：〒 _____
TEL： _____
E-mail： _____
※メールアドレスは必ずご記入ください。
【資格】医師国家試験合格者 ①若手会員：年齢 35 歳未満 ②会員 ：年齢 35 歳以上 【年会費】①若手会員：5,000 円 ②会員 ：10,000 円 【特典】学会 HP で紹介、情報案内メールの提供、OPCAB 吻合練習機 BEAT S1 の無料貸出他