日独整形外科学会

学会在籍証明書交付申請書

日独整形外科学会日本事務局
代　表　　永田　見生　殿

下記の通り証明書の交付を申請致します。

年　　月　　日

フ リ ガ ナ ：
申 請 者 氏 名 ：
英 字 表 記　　Family Name （姓）　　First Name （名）　：
取得学位　（英文証明書に記載：該当に ○ 印） M.D.　　Ph.D.　　その他（　　）
希望証明書種別：　　※番号に○印を付け枚数を記入してください １．学会在籍証明書（和文）　［A4 サイズ／交付料　無料］ _____枚 ２．学会在籍証明書（ドイツ語）　［A4 サイズ／交付料　無料］ _____枚
送付希望日　： 月　　日までに
交付事由（使用目的）：
証明書送付先（連絡先）： 〒　　－ TEL：　（　　）　　－ E-MAIL：

*事務局記入欄

申請受付日	総務幹事	申請者へ送付
	□　承認　□　非承認 年　月　日	● 普通郵便 ● 速達郵便 ● 宅急便