

*****入 会 推 薦 書*****

西暦 年 月 日

日本消化器病学会 殿

以下の入会申込者を日本消化器病学会会員(医師以外)に推薦致します。

(フリガナ)

入会者申込者 (氏名): _____

入会申込者の勤務機関または自宅 E-mail _____

推薦者 氏名(自署) _____

(※ 支部評議員を含む評議員あるいは役員に限ります)

推薦者 Email _____

推薦者 勤務機関名 _____

推薦者 本学会役職(○印をつけてください) 役員・本部(学会・財団)評議員・支部評議員

推薦理由 _____

【ご注意】 研究者会員・メディカルスタッフ会員は本学会の支部評議員を含む評議員あるいは役員の推薦が必要です。本推薦書に入会者氏名(フリガナ)・Emailをご記入のうえ、推薦者から氏名・ご勤務先・本学会役職を自署にてご記入頂きましたら本学会HP「入会をご希望の方へ」内の【医師以外 入会申込フォーム】より写真でアップロードしてください。なお、推薦理由が明確でない場合入会が承認されないことがあります。ご留意ください。

☆お問い合わせ

日本消化器病学会 会員係

〒105-0004 東京都港区新橋2-6-2 新橋アイマークビル6F

TEL 03-6811-2351(祝日を除く月～金 10:30～15:30)

お問い合わせフォーム: <https://www.jsge.or.jp/contact/>

////////////////////////////////////

事務局使用欄

学会在り方・将来像検討委員会 承認年月日

西暦 年 月 日