

会員番号	
入会年月日	

奈良医大白菊会入会申込書

私は、奈良医大白菊会の趣旨に賛同し、大学の医学部における医師・医療従事者をめざす学生に対する解剖学の教育及び医師・歯科医師の手術手技研修を含む臨床医学の教育と研究のために献体することを約束し、家族・親族等の同意書を添えて入会の申し込みをいたします。

年 月 日

本人	本籍地	(都道府県のみ)		
	現住所	〒 _____		
	電話番号			
	(ふりがな)			
	氏名	(印)	性別	男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 西暦 年 月 日 才		
<p>今現在、肝炎、HIV、MRSA感染症、結核などの感染性の病気に罹患していません。 ※上記感染性の病気に罹患されている方は入会できません。また、将来、感染性の病気を罹患された場合、献体をお受けすることができない場合があります。 <input type="checkbox"/> (チェックをお願いします)</p>				

上記の者が貴会の主旨に賛同し、死後の遺体を奈良県立医科大学に寄贈することに私共は同意します。

同意者	住所	〒 _____		
	電話番号			
	申込者との続柄		生年月日	
	氏名	(印)		
同意者	住所	〒 _____		
	電話番号			
	申込者との続柄		生年月日	
	氏名	(印)		

(※裏面にもご記入ください)

白菊会の事を何処でお知りになられたか教えてください

- 家族、親戚 ・ 友人 ・ インターネット ・ 奈良医大白菊会HP
 その他()

入会の動機を書いてください

過去に経験した大病や手術など(わかる範囲で結構です)

会報誌「しらぎく」の新入会者名簿に住所(市町村名のみ)及び氏名を掲載することについて

- [掲載してもよい ・ 掲載してほしくない]

趣味についてお聞かせください

白菊会には会員による理事会がありますが、もし理事になることを依頼された場合

- [理事になることを受諾できる ・ 理事にはなれない]

自宅付近の位置図(大きな目標をかいてください)

(他の用紙を使用いただいて結構です)