**日本法医画像研究会入会申込書（学生会員）**

令和 年 月 日

\*は必ずご記載ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ\* |  | 公開名簿への記載可否\* |
| 氏名\* |  | 可・否 |
| 所属\* |  | 可・否 |
| 学年\* |  | 可・否 |
| 連絡先住所\* | 自宅・勤務先（いずれかを選択してください）〒 | 可・否 |
| TEL\* |  | 可・否 |
| FAX |  | 可・否 |
| e-mail\* |  | 可・否 |
| 指導教員名\* |  | 可・否 |
| 指導教員所属\* |  | 可・否 |
| 指導教員連絡先(e-mail)\* |  | 可・否 |
| ご意見/ご希望（任意） |  |

　以上をご記載の上、お手数ですが、下記のe-mailアドレスまで送信していただければ幸いです。

**入会申込書送付先**

**e-mail ：　jsfri-office ＠ umin.ac.jp**