

사전등록신청서

성명	
병원명	
전문과목	
의사면허번호	
전문의번호	
주소	(-)
연락처	Tel : E-mail :

※ ()란에 ○표하여 주시기 바랍니다.

전문의 () 전 임 의 () 전공의 ()
간호사 () 의료기사 () 기 타 ()

등록비총액 :

송금일 :

송금인 :

※ 위 사항을 자세히 기재하여 송금영수증과 함께
Fax (02-538-0672)로 보내주시기 바랍니다.

※ 이번에 학회 평생회원에 등록하시면 등록비 면제입니다.

학회 평생회원가입

송금일 :

송금인 :

※ 학회 평생회원 신청은 학회 홈페이지 상단 회원가입을 클릭