**대한정형외과초음파학회**

**Korean Orthopaedics Ultrasound Society**



**회 장 : 민 경 대 01830 서울시 노원구 한글비석로 68**

**President: : Kyoung Dae Min, M.D. 노원을지대학교병원 연구동 3층 정형외과 의국**

**차기 회장: 변 기 용 Department of Orthopedic Surgery**

**Rresident elect: Ki Yong Byun.M.D. Nowon Eulji University Scholl of Medicine**

**총 무 : 손 민 수 68, Hangeulbiseok-ro, Nowon-gu, Seoul, Korea 01830 Secretary General: : Min Soo Shon, M.D. Telephone: +82-2-970-8036 / Fax: +82-2-973-3024**

**입 회 원 서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **성 명** | **한 글** |  | **사진****(선택사항)** |
| **영 문** |  |
| **생년 월일** |  |
| **의사 면허번호** |  | **전문의 면허번호** |  |
| **졸업 대학교** |  | **수련병원 /** **전임의 수료병원** | **/** |
| **휴대 전화번호** |  | **E-mail** |  |
| **근무처(병원명)** |  | **우편물 수령지 체크** | **□근무처주소** |  |
| **근무처 전화번호** |  | **□ 자택주소** |  |

**위 본인은 귀 학회의 회칙과 제반 규정을 엄수하고 귀 학회의 발전을 위해 모든 행사에 적극적으로 참여하고 회원간 친목을 돈독히 하는데 최선을 다할 것을 서약합니다. 아울러 평생회원 입회원서를 제출하면서, 입회비 50만원을 납입하겠습니다.**

**※ 입회비 계좌번호 : 하나은행 576-910007-86605 대한정형외과초음파학회**

 **(입금자 명에 “입회비OOO” 으로 기재 요망)**

**위 계좌로 송금 하신 후 본 입회원서를 학회 이메일:** **ossonokorea@naver.com** **/ 팩스: 02-973-3024 로 송부해**

**주시기 바라며, 회원증 발송을 위해 위 우편물 수령처에 표기 바랍니다.**

**년 월 일**

**입회 희망자 : (인)**



**대한정형외과초음파학회 회장 민 경 대**

 **학술위원장 박 형 빈**