**대한신경중재치료의학회 정회원 재가입 신청서**

※이전 정보는 폐기되었으므로 \* 표시된 기재 사항 필수로 기입 부탁드립니다.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* 신청자 이름 | | (한글) (영문) | | | | | |
| \* 아이디 | | (4~10자의 영문 소문자와 숫자 조합) | | | \*비밀번호 | | (최대 8자) |
| \* 생년월일 | |  | | | \*의사면허번호 | |  |
| \* 전문의번호 | |  | | | \*전공 (전문의 과목) | |  |
| \* 근무처 명칭 | | |  | | | | |
| \* 근무처 주소 (우편번호 포함) | | |  | | | | |
| \* 근무처 전화 / 팩스 (지역번호 포함) | | |  | | | | |
| \* 휴대전화 | | |  | | | | |
| \* E-mail 주소 | | |  | | | | |
| \* 이력 및 경력 | | | | | | | |
|  | 기 관 | | | 자 격 / 직 위 | | 기 간 | |
| 의과대학 |  | | |  | |  | |
| 전공의 수련 |  | | |  | |  | |
| 전임의 수련 |  | | |  | |  | |
| 경력 1 |  | | |  | |  | |
| 경력 2 |  | | |  | |  | |
| 경력 3 |  | | |  | |  | |
| 대한신경중재치료의학회 (KSIN) 정회원 재가입을 신청합니다. 위에 기록된 내용은 모두 사실이며 이후 회칙을 준수하고 회원의 의무를 다 할 것을 약속합니다.  20 년 월 일  신청자 : (서명) | | | | | | | |

KSIN서식-01