日本栓子検出と治療学会

新規入会届

※ ご希望の届けに ○ をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号　※ |  |
| 確認　※ | 　　　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日（西暦） | 　　　　　年　　月　　日 |
| 会員の種類（○印） | 　　正会員　　賛助会員 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ローマ字 |  | 性別 | 男　　　女 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  | 生年月日（西暦） |  　 年　　月　　日　　　　　　　　　　 |
| 自宅住所 | 〒 |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| 職業 |  １.医師･研究者　　 ２.コ・メディカル　　 ３.学生・その他（　　　 　　　） |
| **所属機関** |  | 所属科名 |  |
| **所属機関****の所在地** | 〒 |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| **希望の連絡先** | 　　　　１.勤務先　　　　　　　２.自宅　　　　　　　（一方に○印） |
| **E-mail** **アドレス** |  |
| **役職****現在の専門****その他備考欄** |  |
| 休会期間 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 ～　　　　　年　　　月　　　日まで |

　記入時の諸注意

・太枠線内の各欄に楷書（黒色のペンまたはボールペン）でご記入下さい。

・※欄は事務局記入欄ですので記入の必要はございません。