

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。