

入会申込書

一般社団法人
日本造血細胞移植学会 御中

私は貴会の主旨に賛同し、所定の年会費を添えて入会を申し込みます。

		平成	年	月	日	
ふりがな					性別	男・女
氏名	印					
生年月日	年 月 日 (西暦)					
勤務先 開業先	大 学 病院・医院 科					
所在地	〒 TEL () — FAX () —					
自宅住所	〒 TEL () — FAX () —					
E-mail address	勤務先・自宅					
郵送先	勤務先 ・ 自宅					
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 (基礎・内科・小児科・その他) <input type="checkbox"/> その他の研究者 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床工学士 <input type="checkbox"/> その他 (職種)					
名簿への 記 載	記載をご希望される項目に○を付けてください。 自宅住所 ・ 自宅TEL ・ 自宅FAX ・ E-mail address					

※各項目にご記入、または○をお付けください。勤務先・開業先は正式名称でご記入ください。