



個人会員入会申込書

貴協会の維持会員として入会し、以下の通り登録いたします。

氏名	(フリガナ)	記入日	年 月 日	
		生年月日	年 月 日	
		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
勤務先	名称			
	部署			
	役職			
	専門分野			
	住所	(フリガナ)		
		〒 _____		
	勤務先TEL			
FAX				
E-mail				
自宅	住所	(フリガナ)		
		〒 _____		
	自宅TEL			
	携帯電話			
	FAX			
E-mail				
年会費	<input type="checkbox"/> 医・歯・薬・看護等の医療者、一般 1万円 / 1口 <input type="checkbox"/> 専門学校生、大学生、大学院生 3千円 / 1口	<input type="checkbox"/> 数	<input type="checkbox"/>	
機関誌・請求書送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (以下に送付先をご記入ください)			
	その他送付先	〒 _____		
連絡事項	※ご入会に際し、当協会へのご連絡事項がありましたらお書きください。			