**一般社団法人 日本血液学会**

**平成29年度第27回 血液専門医認定試験 受験申請様式(願書) 請求用紙**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 会員番号： |
| 氏　名 |  |
| 所　 属 |  | |
| 送 付 先  （ご登録の  ・ご所属  ・ご自宅  ↑どちらかに○） | 〒 | |
| 連 絡 先 | Tel： | Fax： |
| E-mail(※ 必須）：  学会データベースに登録のメールアドレスと異なる場合は、下記選択ください。  メールアドレスの登録変更：　　　　要　　　　・　　　不要 | |
| 備　　考 |  | |

* 必要事項記入の上、下記送付先までご連絡下さい(申込み用紙1枚につき、受験者1名の申請可）。

申請様式請求 締め切り ： 2017年 ３月 10日（金）

申請様式**提出 締め切り** ： 2017年 ３月 23日（木）

※ 事務局 使用欄

|  |
| --- |
| 受付日 　2017年　 　月　　 日 　受付番号 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 入会年月日：　　　　　年　 　月　　 日 |
|  | 会員継続状況　　　2014年 　2015年　 2016年 |
| 発送日　　2017年　　　月　　　日 | |

〒604 – 0847

京都市中京区烏丸通二条下ル秋野々町518番地

前田エスエヌビル８階

一般社団法人 日本血液学会事務局

　　　 平成29年度 認定試験 申請様式請求 係

FAX ： 075－231－5722

　e-mail： reg@jshem.or.jp

送付先 ：

**送付先→**

（よろしければこのまま切り取って

宛名ラベルとしてお使いください）