**一般社団法人　日本血液学会入会申込書**

申込日　　　　　　年　　月　　日

　会員登録情報となりますので、明瞭にお書きください。　　　　　　　　　※事務局記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※会員番号 |  | ※入会日 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　月　　日 |
| ローマ字 |  |
| 氏名 |  | 男女 | 雑誌送付先 | １．勤務先　２．自宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属先住所 | 〒　　　－　　　　（＊必須） |
| 所属先名称 |  |
| 所属部・科名 |  | 職責 |  |
| 勤務先区分 | 1.大学（付属病院を含む） 2.研究機関（企業も含む） 3.総合病院 4.開業医 5.その他  |
| TEL/FAX | TEL／　　　　　　　　　　　　FAX／ |
| E-mail(必須) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅住所 | 〒　　　－　　　　（＊必須） |
| TEL/FAX | TEL／　　　　　　　　　　　　FAX／ |

|  |  |
| --- | --- |
| 専門領域 | 臨床( 1. 内科　　2. 小児科　　3. その他)　　4. 基礎　　5. その他 |
| 最終学歴 | 学校名 | ※学生の方は現在所属している学校名・学部・学科名を入力してください。 |
| 学部 |  | 卒業・修了(予定)年月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦代議員 | （空欄可）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 |

|  |
| --- |
| 上の者　日本血液学会に入会いたしたく　会費相添え申込み致します　　 　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

上記に記入の上、FAX（075-231-5722）、Eメール添付（member@jshem.or.jp）または郵送にてご連絡下さい。

郵送先：**〒604-0847京都市中京区烏丸通二条下ル秋野々町５１８ 前田エスエヌビル８F**

**日本血液学会事務局**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※会費受付日 |  | ※入会処理 |  |