

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	〒 ー (*必須)				
所属先名称					
所属部・科名				職責	
勤務先区分	1.大学(附属病院を含む) 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	〒 ー (*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		

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 前田エヌビル8F

日本血液学会事務局

※会費受付日		※入会処理	
--------	--	-------	--