|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申　込　日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ | 姓 | 名 |
| ※ | ※ |
| 氏　　名 | ※ | ※ |
| 英語表記 | ※ | ※ |
| 性　　別 | * [ ]  男性　・　[ ]  女性
 | 生年月日 | ※西暦　　　　年　　月　　日 |
| 卒業大学 | ※ | 卒業年月 | ※西暦　　　　年　　月 |
| 医籍番号 | ※　　　　　　　　　　　　　　　　　取得日：西暦　　　　　年　　月　　日（医師免許のない方で、正会員として入会を希望する際は、推薦書が必要です。） |
| 勤務先名 | ※ |
| 所属名 | ※ | 職　責 |  |
| 勤務先住所 | ※〒 |
| 勤務先TEL | ※ | 内線番号 |  |
| 勤務先FAX | ※ | 勤務先携帯 |  |
| 自宅住所 | ※〒 |
| 自宅TEL | ※ | 自宅FAX |  |
| 自宅携帯 |  |
| E-mail | 勤務先 | ※ |
| 自　宅 | ※ [ ]  同上／ |
| E-News配信用 | ※ [ ]  同上／ |
| 送付物発送先 | ※　[ ]  勤務先　・　[ ]  自宅 |
| 専門分野 | * [ ] 内科・[ ] 放射線・[ ] 小児科・[ ] 外科・[ ] 基礎系・[ ] その他
 |
| 連絡事項 |  |

様式1　　　　　　　　日本肝臓学会入会申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入会日（事務局使用欄） | 　　　　年　　月　　日 | 会員番号 |  |

1．※は必須項目です。記入漏れがある場合は正しく会員登録されない場合があります。

2．E-mailまたは郵便にてご提出下さい。