

一般社団法人 日本自己血輸血学会 入会申込書

全項目に原則として電子入力の上、下記事務局へE-mail またはFaxで送信ください。

入会年度：	年度
-------	----

貴会の趣旨に賛同し、一般会員として入会を希望します。

申込日：西暦 年 月 日

	姓				名									
フリガナ														
氏名														
生年月日	19			年			月			日	性別	男	・	女

連絡先	1. 所属先	2. ご自宅
-----	--------	--------

連絡先（学会誌や書類送付先）を または二重取り消し線でご指定下さい

所属情報

施設名														
所属部署														
職種	医師、歯科医師、助産師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、ほか：_____)													
職位・肩書	() 該当事項があれば記入ください。													
所在地	〒													
	TEL : _____ (内線 : _____ ・直通) FAX : _____													

ご自宅情報

現住所	〒													
	TEL :						FAX :							
	携帯電話 :													

メール情報

PC メール	E-mail :	
携帯メール	E-mail :	

専門分野	(医師のみ記入ください)
------	----------------

一般社団法人 日本自己血輸血学会 会員管理事務室

〒114-0024 東京都北区西ヶ原3-46-10 (株) 杏林舎内

FAX : 03-3910-4380 E-mail : jsat@kyorin.co.jp