

## 学会認定・自己血輸血責任医師 認定更新申請書

申請日 (西暦)	2019年 7月 30日
-------------	--------------

	姓	名
フリガナ	テイヤウ	知ウ
申請者氏名	帝京	太郎
生年月日 (西暦)	1965年 5月 19日 (54歳)	性別 : 男・女

勤務先	施設名 : 病院	部署名・役職 : 整形外科部長
	住所 : 〒 - 東京都 区 2-15-4	
	TEL : 03 - - (内線 : または直通)	Fax : 03 - -
E-mail :	PC メール : _____@_____.ne.jp	

前回の登録日 (西暦) 2014年 9月 1日
-------------------------

学会入会状態 (会員番号不要)	入会	
日本自己血輸血学会	あり	なし
日本輸血・細胞治療学会	あり	<del>なし</del>

## 注意

- 性別や入会状態などの選択項目は以下の4つの方法のいずれかで行ってください。

- 1) いずれかに を入力 (「まる」を入力し文字変換)
- 2) いずれかを で囲む
- 3) 該当しないものを削除する
- 4) 該当しないものに二重取り消し線をつける