**一般社団法人 日本自己血輸血・周術期輸血学会（旧・日本自己血輸血学会）**

**入会申込書**

**全項目を電子入力の上、下記事務局へワード文書をE-mail で送信ください。**

**当学会の会計年度は1月～12月です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 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・周術期輸血学会 事務局

〒114-0022 東京都北区王子本町1-24-7　メゾンドール102号

FAX：03-6454-3307　　E-mail：info@jsat.jp