

日本自己血輸血学会 入会申込書

全項目に記載の上、Faxにて下記事務局にお送りください。

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 (Family name)										名 (Given name & Middle name)									
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）をご指定下さい

■所属情報■

施設名																				
所属部署																				
職種	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：				
	E-mail：																			

■ご自宅情報■

現住所	〒					－									
	TEL：										FAX：				
	E-mail：														

専門分野															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※必ずご記入ください。

* 銀行の振込み書（控）をコピーし、再度コピーの上、faxで送信ください。

日本自己血輸血学会事務局

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学医学部整形外科医局内

FAX：03-5375-6864

E-mail：info@jsat.jp（日本自己血輸血学会インフォメーションセンター）