**復会届**

日本造血・免疫細胞療法学会　事務局 御中

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | フリガナ |  | | |
|  | 氏　名 |  | | |
| 休会解除年月日 | | 年　　　月　　　日 ※任意に指定してください | | |
| 復会後の  勤務先 | 施設名 |  | 所属  部署 |  |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL |  | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 | | |
| TEL |  | | |
| Eメールアドレス | |  | | |
| 郵送物送付先 | | 勤務先 ・ 自宅 ※いずれかにチェックしてください。 | | |