**入会申込書**

一般社団法人

日本造血・免疫細胞療法学会　御中

私は貴会の主旨に賛同し、所定の年会費を添えて入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| フリガナ |  | | | 性別 | | 男・女 |
| 氏 名 |  | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 勤務先  開業先 |  | 所属 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| TEL： | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | |
| TEL： | | | | | | |
| E-mailアドレス  ※必須 |  | | | | | | |
| 郵送先 | 勤務先・自宅 | | | | | | |
| 職　種 | 医師〔基礎･内科･小児科･その他（ ）〕 看護師  造血細胞移植コーディネーター（HCTC） 臨床検査技師薬剤師  理学療法士 作業療法士 栄養士 歯科医師 歯科衛生士  臨床心理士 医療ソーシャルワーカー 製薬企業所属  その他（ ） | | | | | | |

※各項目にご記入、またはチェックをお付けください。勤務先・開業先は正式名称でご記入ください。

※年会費を納入されたことがわかる書類（払込受領証、明細書等）を添付してください。

※手続き完了までは概ね一週間程度お時間を頂いており、完了次第メールにてご案内いたします。