**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。