

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。