**全国大学病院輸血技師研究会メーリングリスト登録（申込・削除）申請書**

提出日：（西暦）クリックまたはタップして日付を入力してください。

**全国大学輸血技師研究会代表　殿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請内容 | 登録申込　　登録削除 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録年度 | （西暦） | |  | | | | | | 年度 | 本会の会計年度は4月1日から翌年3月31日までです。  登録削除の場合は年度の記載は不要です。 | | | | | | |
| 氏　名 | （ふりがな） | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 日本輸血・  細胞治療学会  会員番号 |  | | | | | | | | | | | | | 非会員 | | |
| 勤務先施設名 | 会員情報利用 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 所属部署名 | 会員情報利用 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | 会員情報利用 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **〒** |  | | | **－** |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | |  | | | | － |  | | － |  | (内線 | |  | ） |
| FAX： | | |  | | | | － |  | | － |  |  | | | |
| E-mailアドレス | 会員情報利用 | | | | | |  | | | | | | | | | |

非会員は以下もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 臨床検査技師　衛生検査技師 |

該当する項目を選択して□に✔でご記入ください。

【申請要項】

《提出・問い合わせ先》 全国大学病院輸血部会議　本部事務局

〒113-0033　東京都文京区本郷2-14-14ユニテビル5階

（日本輸血・細胞治療学会事務局内）

TEL: 03-5804-2611 FAX: 03-5804-2612

E-mail: info@mail.jstmct.or.jp

《提出方法》 E-mail・FAX**（電話での申請は受理できません）**