

日本血管腫血管奇形学会 入会申込書

申込年月日	20 年 月 日	会員番号	(会員係記載欄)
入会年度	年度 ※当学会の年度は4月から3月となっておりますので、入会希望年度を必ずご記入ください		

会員種別	いずれかを○で選択ください		
	1. 正会員 (医師)	2. 準会員 (医師以外)	3. 賛助会員

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
英文氏名	英文敬称 Dr. Ms. など ()		

連絡先指定	* 会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。(いずれかを○で選択ください)		
	1. 勤務先	2. 自宅	

勤務先情報	所属		
	所属部署	役職	
		職名	
	所属住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	e-mail @		

自宅情報	自宅住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	携帯電話 ()		
	e-mail @		

最終学歴	学校名		
	(西暦 年 月 卒業 ・ 卒業予定)		

専門分野	専門分野をいずれかを○で選択ください。当てはまらない場合はその他にお書きください。		
	1. 形成外科	2. 放射線科	3. 小児外科
	4. 皮膚科	5. その他 ()	

■送付先 (郵送, ファックス, E-mail にてお送り下さい)

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル(株) 春恒社学会事業部内 日本血管腫血管奇形学会 会員係 行
TEL : 03-5291-6231 / FAX : 03-5291-2176

【個人情報の取扱い】 お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

会員係使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----