

年 月 日

## 日本先天異常学会 入会申込書

※の項目は必ずご記入ください。

### 【会員情報】

※氏名:

※カナ:

※性別:

生年月日:

※会員種別:普通 学生 単年度

※推薦評議員:

(注1)推薦評議員にお心当たりのない方は、推薦評議員の項目に「0」をご入力ください

※発送先:所属機関 自宅

(注2)発送先は、「所属機関」あるいは「自宅」のいずれかをご選択ください

※所属機関名:

(注3)所属機関をお持ちでない会員の方は、所属機関の項目に「0」をご記入ください

※所属郵便番号:

※所属都道府県:

※所属住所:

所属 TEL:

所属 FAX:

※E-Mail1:

自宅郵便番号:

自宅都道府県:

自宅住所:

自宅電話番号:

自宅 FAX:

E-Mail2:

※最終学歴(大学):

※大学卒業(修了)年:

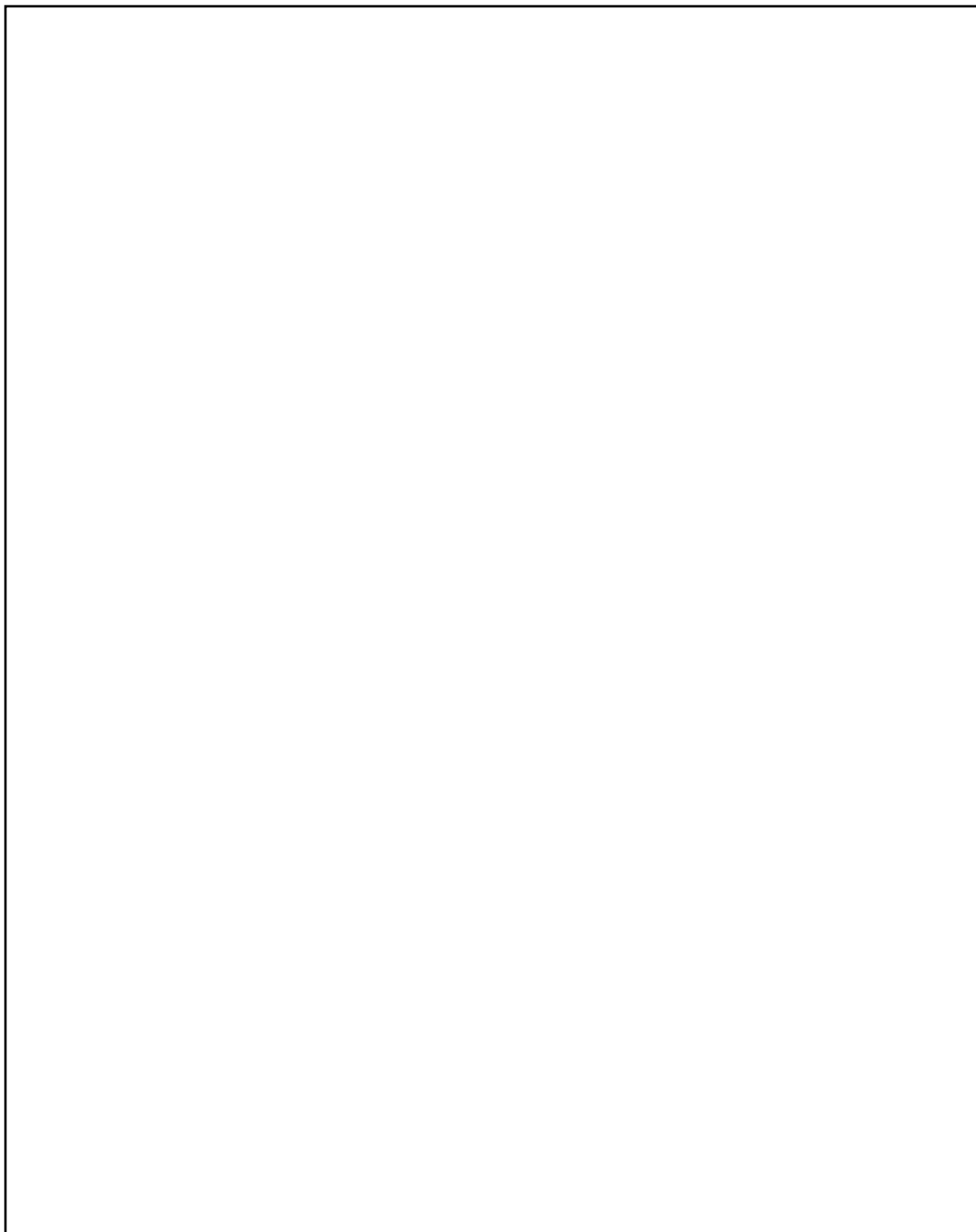
最終学歴(大学院):

大学院卒業(修了)年:

学位(名称、取得年):

主な職歴:

主な発表論文：



(注4) 主な発表論文は、学術誌に掲載された論文あるいは学会発表があれば、3 編以内挙げてください。著者名、題目、発表年月日をご記入ください。また、全角 2000 文字以内に収めて下さい。

**【研究分野】**

大分類:

- 臨床分野 発生・病理等基礎研究分野 安全性試験・研究分野  
(上記より1つを選択してください)

研究分野による分類:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 発生学(受精前)            | <input type="checkbox"/> 発生学(受精後から出生まで)  |
| <input type="checkbox"/> 発生学(出生前後から発育期)      | <input type="checkbox"/> 発生学(その他)        |
| <input type="checkbox"/> 生殖・発生毒性学(受精前)       |  |
| <input type="checkbox"/> 生殖・発生毒性学(受精後から出生まで) |  |
| <input type="checkbox"/> 生殖・発生毒性学(出生前後から発育期) | <input type="checkbox"/> 生殖・発生毒性学(全部)    |
| <input type="checkbox"/> 胎児病理学               | <input type="checkbox"/> 胎児感染症学          |
| <input type="checkbox"/> 遺伝学(人類遺伝学)          | <input type="checkbox"/> 遺伝学(動物遺伝学)      |
| <input type="checkbox"/> 疫学(薬と妊娠)            | <input type="checkbox"/> 疫学(先天異常のモニタリング) |
| <input type="checkbox"/> 診断学(胎児超音波)          | <input type="checkbox"/> 診断学(遺伝子診断)      |
| <input type="checkbox"/> 診断学(その他)            | <input type="checkbox"/> 治療学(胎児治療)       |
| <input type="checkbox"/> 治療学(外科手術)           | <input type="checkbox"/> 治療学(遺伝子治療)      |
| <input type="checkbox"/> 治療学(先天異常のケア)        | <input type="checkbox"/> 治療学(その他)        |
| <input type="checkbox"/> その他分野               |  |

解剖学ないし機能的分類:

- 生殖(受精) 生殖(胚子発生) 生殖(着床) 器官発生 発達遅滞  
移動異常

臓器別分類:

- 中枢神経 心臓 四肢 感覚器 胎盤・胎膜 その他 全部

対象による分類:

- |                                     |                                  |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ヒト         | <input type="checkbox"/> 動物(マウス) | <input type="checkbox"/> 動物(ラット) |
| <input type="checkbox"/> 動物(サル)     | <input type="checkbox"/> 動物(鳥類)  | <input type="checkbox"/> 動物(魚類)  |
| <input type="checkbox"/> 動物(その他の動物) | <input type="checkbox"/> 動物以外    |                                  |

研究分野の紹介:

(50 文字以内でご入力ください)

研究に関する連絡先 E-Mail:

★本登録は、後日送付させていただきます年会費振込用紙にて初年度の年会費を納入いただいた後となります。予めご了承ください。