**FAX: 03-3816-0766**

**日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会入会申込書**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名  ※該当する性別にチェックを入れてください。 | フリガナ |
| 性別：男□　女□ |
| ローマ字表記 |
| 入会年度 | 西暦　　　　　　　　　年度　（本学会の事業年度は1月～12月） |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 会員種別  ※ご希望の種別にチェックを入れてください。 | □　正会員（入会金1,000円＋年会費10,000円または7,000円）※ 年齢による  □　臨時会員（5,000円）　※ 臨時会員は学術講演会の共同演者が対象となります。 |
| 所属機関／勤務先  ※E-mailアドレスは必ずご記入ください。 | 名　称 |
| 所在地  〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| E-mail： |
| 自宅住所 | 〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| E-mail： |
| 連絡先・郵便物等の送付先にチェックしてください。 | □　所属機関　　　　　□　自宅住所 |
| 専門分野（該当するものを〇で囲んでください） | A 医師　　　B 薬剤師　　　C 検査技師　　　D 看護師　　　E その他 |
| **推　薦　者　欄**  上記の者を本学会の会員に推薦いたします。  推薦者氏名  （本学会会員）  　　　　年　　　月　　　日 | |

**※上記ご記入のうえ、E-mail添付、FAXまたは郵送で学会事務局までお送りください。**

**【個人情報の管理について】**

お送りいただきました「入会申込書」に記載の個人情報については、日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会が責任を持って管理し、学会の運営ならびに会員への名簿配布に必要な範囲内で利用させていただきます。また、会員相互の研究上の利便性をはかり、会の運営を円滑にするため、本学会の会員に公開することがあります。本学会は協力会社に一部業務を委託しており、その業務に必要な個人情報を預託することがあります。

なお、個人情報の開示・訂正・削除が必要な場合は、恐れ入りますが、下記お問い合わせ先までお申し出ください。

【お問い合わせ先】　〒113-0033　東京都文京区本郷2-27-16 大学通信教育ビル5階　中西印刷㈱東京営業部内

日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会事務局　　 E-mail: jiaio@nacos.com