

日本乳癌検診学会 入会申込書

申込日 年 月 日

入会年度	年度
------	----

会期: 9/1 ~ 翌年 8/31 (例: 2010 年度 = 2010/9/1 ~ 2011/8/31)

	姓(Family name)					名(Given name & Middle name)					
ローマ字											
フリガナ											
氏名											
生年月日	19		年		月		日	性別	男(male) ・ 女(female)		

連絡先	所属	現住所
-----	----	-----

連絡先(送付先)をご指定ください

所属情報

名称													
	(職名)												
所在地	〒											都・道・府・県	
	TEL:	(内線:)					直通	FAX:					
	E-mail:												

現住所(自宅)情報

現住所 (自宅)	〒											都・道・府・県
	TEL:						FAX:					
	E-mail:											

職種	A. 医師 (以下のいずれかに)					B. 医師以外 (以下のいずれかに)					
	1. 外科	2. 内科	3. 婦人科			1. 技師: 臨床検査	2. 技師: 放射線				
	4. 公衆衛生	5. 放射線				3. 研究者	4. 看護師	5. 保健師	6. 行政		
	0. その他()					0. その他()					

メール 配信	希望します (いずれかに)					希望しません				
	配信先アドレス: (いずれかに)	1. 所属	2. 現住所			3. その他アドレス()				

(備考)

(事務局記入欄)

申込書受理日:

初年度会費入金日:

入金額: