

一般社団法人日本感染症学会入会係 行

(本状をFAX で送信できます FAX:03-5842-5846)

一般社団法人 日本感染症学会入会申込書(個人会員用)

記入日 年 月 日 希望入会年度 年度から

※本会の会計年度は3月から翌年2月までです

※連絡先(年会費払込用紙等送付先)は下記の所属住所か自宅住所を直接○で囲んでください

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日 (西暦)	年 月 日
所属名称			
部・課・教室			
連絡先 / 払込用紙等送付先 ○で囲んで下さい	所属住所	〒 -	
		TEL :	FAX :
		E-mail :	
自宅住所	〒 -		
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		

学 歴	最終卒業校名 (1つ記入)	大学院 :
		大学 :
		専門学校 :
		その他 :
	卒業年	年卒業・在学
学 位	※学部、学科、課程等もご記入下さい。	

☆該当するところにチェックをして下さい(いくつでも可)その他についてはご記入下さい

職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
専門分野	<input type="checkbox"/> 臨床系	<input type="checkbox"/> 内科(01) <input type="checkbox"/> 小児科(02) <input type="checkbox"/> 外科(03) <input type="checkbox"/> 産婦人科(04) <input type="checkbox"/> 泌尿器科(05) <input type="checkbox"/> 眼科(06) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科(07) <input type="checkbox"/> 皮膚科(08) <input type="checkbox"/> 歯科 (09) <input type="checkbox"/> 臨床検査(10) <input type="checkbox"/> その他(11) ()
	<input type="checkbox"/> 基礎系	
	<input type="checkbox"/> その他	

※ホームページでの学会誌アクセスには生年月日が必要となります。ご希望の方は必ずご記入下さい。