

一般社団法人 日本感染症学会 お試し入会 申込書(一般用)

フリガナ		記入日	年	月	日
氏 名		性 別	男 ・ 女		
所属名称		生年月日 (西暦)	年	月	日
部・課・教室					
所属住所	〒 -				
	Tel :		FAX :		
E-mail					

学 歴	卒業校名	大学 :
		専門学校 :
		その他 :
卒業年	年卒業	

☆該当箇所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"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師				
免許取得年月日	(西暦) 年 月 日				
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(08) <input type="checkbox"/> 臨床検査(10) その他(10) ()			
	<input type="checkbox"/> 基礎系				
	<input type="checkbox"/> その他				

*お試し入会の期間は、該当免許取得後1年間のみとなります。

*学生時代にお試し入会をされていた場合は、登録できません。

*確認のため、該当免許証のコピーをお送りください。お送りいただけない場合、登録はできません。

*お試し入会は正式な入会ではありませんので、会員歴には含まれません。

*オンラインジャーナル閲覧に必要なお試し入会番号をご連絡致しますので、E-mailアドレスをご記載ください。

※事務局記載欄

お試し入会期間:	年	月	日～	年	月	日
----------	---	---	----	---	---	---