|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申　込　日 | | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| フリガナ | 姓 | | | | 名 | |
| ※ | | | | ※ | |
| 氏　　名 | ※ | | | | ※ | |
| 英語表記 | ※ | | | | ※ | |
| 性　　別 | * 男性　・　 女性 | | | 生年月日 | | ※西暦　　　　年　　月　　日 |
| 卒業大学 | ※ | | | 卒業年月 | | ※西暦　　　　年　　月 |
| 医籍番号 | ※　　　　　　　　　　　　　　　　　取得日：西暦　　　　　年　　月　　日  （医師免許のない方で、正会員として入会を希望する際は、推薦書が必要です。） | | | | | |
| 勤務先名 | ※ | | | | | |
| 所属名 | ※ | | | 職　責 | |  |
| 勤務先住所 | ※〒 | | | | | |
| 勤務先TEL | ※ | | | 内線番号 | |  |
| 勤務先FAX | ※ | | | 勤務先携帯 | |  |
| 自宅住所 | ※〒 | | | | | |
| 自宅TEL | ※ | | | 自宅FAX | |  |
| 自宅携帯 |  | | | | | |
| E-mail | 勤務先 | ※ | | | | |
| 自　宅 | ※  同上／ | | | | |
| E-News配信用 | ※  同上／ | | | | |
| 送付物発送先 | ※　 勤務先　・　 自宅 | | | | | |
| 専門分野 | * 内科・放射線・小児科・外科・基礎系・その他 | | | | | |
| 連絡事項 |  | | | | | |

様式1　　　　　　　　日本肝臓学会入会申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入会日  （事務局使用欄） | 年　　月　　日 | 会員番号 |  |

1．※は必須項目です。記入漏れがある場合は正しく会員登録されない場合があります。

2．E-mailまたは郵便にてご提出下さい。