



入会申込書

申込方法：この用紙を郵送またはFAXにて学会事務局までご送付ください。
学会 Web サイト専用フォームからお手続きいただけます。

提出先：日本小児アレルギー学会 事務局 〒110-0005 東京都台東区上野 1-13-3 MYビル 4階
TEL:03-6806-0203 / FAX:03-6806-0204 / E-mail:office@jspaci.jp

貴学会の目的に賛同し入会を申込みます。

申請日 年 月 日

フリガナ			男・女	19 年 月 日生
氏名	姓	名		卒業年※ (西暦) 年
勤務先	勤務先名		診療科	
	所在地	〒 都道府県		
	TEL:	-		FAX: -
勤務形態	該当するものをチェックしてください。			
	所属機関	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他()		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師 (医籍登録年: 年) *「医師」の方は必須入力事項となります。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()		
自宅	郵送物送付先が「自宅」の場合、必須入力事項です。			
	住所	〒 都道府県		
	TEL:	-		FAX: -
	携帯 TEL:	-		
E-mail	メイン	@		
	サブ	@		
郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			
その他の所属学会	該当するものをチェックしてください。			
	<input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> 日本アレルギー学会 <input type="checkbox"/> 日本小児難治喘息アレルギー疾患学会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			
専門医資格	<input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> 日本アレルギー学会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			
メディカルスタッフ資格	<input type="checkbox"/> 小児アレルギーエドゥケーター <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			
事務局記入欄:				

注) 1.太枠線のみ記入してください。 2.勤務先には診療科名までご記入ください。 3.データ入力をしますのでフリガナ、数字、アルファベットははっきりと記載してください。 4.未入力事項がございます場合は事務局より問い合わせをさせていただきます。 ※卒業年は最終学歴のものを記載してください。

FAX 番号はお間違いの無いようにお気を付け下さい。