公益社団法人日本化学療法学会入会係　行

（本状をFAXで送信できます　FAX 03-5842-5133）

公益社団法人 日本化学療法学会入会申込書

記入日：　　　年　　　月　　　日

※本会の会計年度は４月から翌年３月までです

☆該当するところにチェックをしてください

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | ☐ 正会員　　（年会費￥9,000） |
| ☐ 団体会員　（年会費￥9,000）　　※ 団体会員は氏名欄に担当者名を記載して下さい |

**☆和文誌（日本化学療法学会雑誌）冊子体購読について**　　※年６回発行

☐ 購読する（会費の他、別途購読料5,500円）

☐ 購読しない → オンラインジャーナル閲覧のみとなり購読料は年会費に含まれます。

**☆郵便物送付先をご指示下さい　　□ 所属住所　　□ 自宅住所**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | |  | | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | | 姓： | | 名： | | | 生年月日 | 西暦　　　 年　　　月　　　日 |
| 所属名称 | |  | | | | | | |
| 部・課・教室 | |  | | | | | | |
| 所属住所 | | 〒 | | | | | | |
| TEL： | | | | FAX： | | |
| E-mail： | | | | | | |
| 自宅住所 | | 〒 | | | | | | |
| TEL： | | | | FAX： | | |
| E-mail： | | | | | | |
| 学　　歴 | 最終卒業校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年卒業・在学 | | | | | | | |
| 学　　位 |  | | 職　　名 | |  | | | |
| 専門分野 |  | | | | | | | |
| 該当する項目にチェックして下さい  □医師　□歯科医師　□薬剤師　□臨床検査技師　□看護師　□製薬企業　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

**☆メール配信　☐ 希望（勤務先・自宅）**メールアドレスが２つある場合はどちらかをご指定下さい。

**☐ 希望しない**

なお、ご記入いただく個人情報につきましては、当学会の運営にかかる適正な利用範囲に限り使用し、他にご本人の同意なく第三者に提供することはありません。