

# 一般社団法人日本臨床微生物学会 入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、正会員として入会を希望します。

申込日：西暦 年 月 日

入会希望年度： 年度

(会計年度は12月1日～11月30日です)

会 員 番 号(記入不要)	
---------------	--

生 年 月 日	西 暦 年 月 日
---------	-----------

	姓(Family name)	名(Given & Middle name)
フリガナ		
氏 名		
性 別	男	女
連 絡 先	所属先	現住所
E-mail:		

\* 連絡先(各種送付先)を必ずご指定ください

## 現住所(自宅情報)

〒	TEL:
現住所 * 都道府県を明記してください	
FAX:	

## 所属(勤務先情報)

所属先名称・部署	
職種： 1. 医師 2. 検査技師 3. 獣医師 4. 薬剤師 5. その他( )	
* 番号を丸で囲んでください (必ず記入してください)	
〒	TEL: (内線)
所在地 * 都道府県からご記入ください	
FAX:	

- \* 氏名は全会員共通して名簿に掲載され、生年月日・性別は記載されません。
- \* 下記の中で名簿への掲載を希望しない項目のある場合は( )に×をお書き下さい。
- \* 会員情報は、学会の運営・管理のみに利用され、他の目的には使用されません。

( )所属名称/所在地	( )所属TEL/FAX	( )所属先 E-mail address	( )職種
( )自宅住所	( )自宅TEL/FAX	( )自宅 E-mail address	

送付先： 一般社団法人日本臨床微生物学会 事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田1-26-2-1209

FAX: 03-5437-1488

E-mail: jscm@qk9.so-net.ne.jp