

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:	

- * 日本臨床微生物学会ホームページからオンラインによる入会申し込みも可能です。
- * 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

〒141-0022 東京都品川区東五反田4-7-25 TYビル3階
FAX: 03-5447-6801
E-mail: jscm@qk9.so-net.ne.jp