一般社団法人 日本皮膚免疫アレルギー学会

入会申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  | － |  |  |  |  |

※

申込年月日(西暦)　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | １．　正会員　　　　２．　賛助会員 | | | | | | | | | 入会年度 | | 年度 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 姓(Familyname) | | | | | | | | | 名(Givenname & Middlename) | | | | | |
| ローマ字 |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | ㊞ | | | | | |
| 生年月日 | １　９ |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 性　別 | | 男　　　・　　　女 | | |

　※生年月日によりご本人様の確認をさせていただく事がございます。必ずご記入ください。

■所属情報■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | |
| （職名　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線：　　　　　・直通) | | | | | | | | | | FAX： |
| E-mail： | | | | | | | | | | |

■現住所(自宅)情報■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | FAX： |
| E-mail： | | | | | | | | | | |

■専門情報■

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 最終学歴 | （西暦　　　　　　年） | 卒業  修了 | 所属学会 | ①日皮会 ②日本アレルギー ③その他  （具体的に ） |
|
| 学 位 |  | | 所属地域 | ①東部 ②中部 ③東京 ④西部 ⑤その他 |
| 専門分野 |  | | 所属区分 | ①大学勤務 ②大学外勤務 ③開業 ④その他 |
| 備 考 |  | | 皮膚科  研修期間 | 研修病院：  研修年限： 年 月～  年 月 |

■発送物送付先■

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．所属先 | ２．現住所 | 左記のいずれかに○で囲んでください。 |

※記載されましたデータは個人情報保護法を遵守し、当学会の運営上必要となる事項のみに使用いたします。

上記の内容を了承の上、学会運営上必要な場合は、データの使用を認めることに同意します。

(西暦)　　　　年　　月　　日

氏 名 ㊞