

特定非営利活動法人 日本がん・生殖医療学会 入会申込書【医療会員】

この度、私は貴会に入会申し込みを致します。

※ 太枠内をご記入、または該当の項目を○で囲って下さい。

記入日	(西暦) 年 月 日			
氏名	ふりがな	性別	年齢	生年月日(西暦)
	印			
自宅住所	〒 ふりがな			
	都 道 府 県			
	TEL - -	FAX - -	E-mail	
所属医療機関住所	〒 ふりがな			
	都 道 府 県			
	医療機関名(ふりがな)			部署
	TEL - -	FAX - -	E-mail	
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 心理士 4. その他()			
発行物の送付先	1. 自宅 2. 勤務先 (どちらかを○で囲って下さい)			

【JSFPホームページへの掲載について】 ※医師の方のみ

希望医師の方は、JSFPホームページ内「妊よう性温存について相談できる医療機関」への医療機関名および氏名の掲載が可能です。※要 内容詳細アンケートへの回答 掲載を、 1. 望む 2. 望まない (「望む」に○をされた方は、下記も記入・選択下さい)		
専 門 科	a. 腫瘍()科 b. 生殖()科 c. その他()科	
産婦人科および泌尿器科施設の方にお伺いいたします。 貴施設で施行可能な治療をご教示ください。(掲載させていただきます) A) がん患者さんへの不妊治療 1. 一般不妊治療 2. 体外受精 B) 妊孕性温存療法 1. 受精卵凍結 2. 卵子凍結 3. 卵巣組織凍結 4. 精子凍結 C) その他 ()		
掲載医療機関ホームページURL		
備 考		

事務局記入欄

入会・掲載	受付	承認	入金	掲載日
備 考				

送り先FAX番号: 045-937-1029

番号を良くお確かめの上、ご送信下さい。

日本がん・生殖医療学会(JSFP)運営事務局
 〒226-0003 横浜市緑区鴨居6-19-20
 (株)ヒューマンリプロ・K内
 TEL:045-937-1039 FAX:045-937-1029