

一般社団法人 日本がん・生殖医療学会 入会申込書

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)
		1. 男 2. 女	歳	年 月 日
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)			
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:045-620-7563

※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:045-620-7560 FAX:045-620-7563
E-mail:info@j-sfp.org

会員年度：1月1日～12月31日
入会費：なし
年会費：医師10,000円、医師以外5,000円

※入会申込書を事務局へご提出頂いたのちに、年会費をご納入下さい。
入会承認後、事務局より「入会完了通知」をお送りします。