＊全ての欄にご記入下さい。 ＜ご入金日：　　　　　年　　　　月　　　　日＞

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | □医師　□医療関係者　□その他（　　　 　　　　　　　） |
| 氏名 | 専門科目□産婦人科　　□病理　　□放射線科　　□腫瘍内科□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医籍登録番号 | ※医師の方は必ずご記入ください |
| 日産婦番号 | ※専門科目（産婦人科）を選択した場合はご記入ください |
| 氏名 (ローマ字)　 | 卒業年度 | 西暦 　 　　　　年 |
| 最終学歴 |  |
| 性別　　　　□男性　　　□女性 | 生年月日 | 西暦　　　　　 　年　　　月　　　日 |
| 勤務先 | 名称 |
| 住所（〒　　 　―　　　　 　） |
| 電話番号/　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　内線　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| FAX番号/ |
| ご自宅 | 住所（〒　　 　―　　　　 　） |
| 電話番号 | FAX番号 |
| 郵便物送付先 | □ご勤務先　□ご自宅 |
| メールアドレス(必ずご記入下さい） | 第１送信希望メールアドレス：　　□勤務先　　　□自宅 |
| 第2送信希望（第1に送信できないとき）：　　　□勤務先　　　□自宅 |
| 備考 |

日本婦人科腫瘍学会に入会を申し込みます。

　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜事務局記入欄＞　入会日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員NO. | 受付日 | 会費振込番号 | 雑誌発送日 |
| GO | 　　年　　　月　　　日 |  | 　　年　　　月　　　日 |