

公益社団法人  
日本婦人科腫瘍学会入会申込書

\*全ての欄にご記入下さい。

<ご入金日:       年     月     日>

ふりがな	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他(            )		
氏名	専門科目 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	日産婦番号		
	卒業年度	西暦	年
	最終学歴		
	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	<input type="checkbox"/> ご勤務先 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
	第2送信希望(第1に送信できないとき): <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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

(送付先)  
 日本婦人科腫瘍学会  
 〒102-0083  
 東京都千代田区麹町 4-7 麹町パークサイドビル 402  
 電話 03-3288-1033 FAX03-5275-1192  
 Mail: gyne-oncol@jsgo.or.jp