

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"/> 病理 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> その他()		
	医籍登録番号	<small>※医師の方は必ずご記入ください</small>	
	日産婦番号	<small>※専門科目(産婦人科)を選択した場合はご記入ください</small>	
氏名 (ローマ字)	卒業年度	西暦	年
	最終学歴		
性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<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