特定非営利活動法人ひろしま感染症ネットワーク入会申込書

申込日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

※ 当法人の会計年度は4月から翌年3月迄です．

※該当箇所にチェックをしてください．

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | □ 個人正会員（年会費\3,000） |
| □ 団体正会員（年会費\10,000） ※ 団体会員は氏名欄に担当者を記載してください． |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  |  | 性別 | 男　　　　・　　　　女 | | | | | |
| 氏名 | |  |  | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 職種 | | □ 医師・歯科医師（□ ICD）　□ 看護師（□ ICN）　□ 薬剤師（□ ICPH）  □ 臨床検査技師（□ ICMT）　□ 研究者　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 所　属　機　関 | 名称 |  | | | | | | | | |
| 部・課・教室 |  | | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| TEL |  | | FAX |  | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | | | |
| 連絡先住所  ※所属機関と異なる場合ご記入ください． | | 〒 | | | | | | | | |
| TEL： | | FAX: | | | | | | |
| E-Mail： | | | | | | | | |
| 各種案内 | | □ 希望する（□ 所属機関　□ 連絡先住所）　□ 希望しない | | | | | | | | |
| メール配信 | | □ 希望する（□ 所属機関　□ 連絡先住所）　□ 希望しない | | | | | | | | |
| 連絡欄 | |  | | | | | | | | |

**【記入要項】**

1. 申込書に記載いただくデータはコンピュータに入力し，同時に会員名簿の原稿となりますので，漢字およびカタカナで明瞭にご記入ください．

2. 勤務先の名称は原則として，大学の場合は学部，学科，教室まで，研究所の場合は部名までをご記入ください．