特定非営利活動法人ひろしま感染症ネットワーク事務局　行
（FAX：082-257-1613　E-Mail：office@nich.or.jp）

【正会員用】

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.

【事務局使用欄】

申込受付日	年　月　日	入会年度	年度
		会員 No.	