

# 日本遺伝性腫瘍学会入会申込書

学会誌送付先として、自宅あるいは勤務先のいずれか一方を選択し、○をご記入ください  
黒枠内すべてのご記入をお願いします

\*は事務局で記入します

・入会年度をご記入ください

|           |                            |   |        |          |                   |
|-----------|----------------------------|---|--------|----------|-------------------|
| *         | No.                        | * | 入会年月日： |          | 入会年度（西暦・必須）<br>年度 |
| 送付先に<br>○ | フリカナ                       |   | 性別     | 生年月日（西暦） |                   |
|           | 氏名                         |   | 男・女    | 年 月 日    |                   |
| 自宅<br>住所  | 〒                          |   |        |          |                   |
|           | phone :                    |   |        |          |                   |
|           | F a x :                    |   |        |          |                   |
|           | e-mail:                    |   |        |          |                   |
| 送付先に<br>○ | 勤務先<br>名称                  |   | 所属     |          |                   |
| 勤務先<br>住所 | 〒                          |   |        |          |                   |
|           | phone :                    |   |        |          |                   |
|           | F a x :                    |   |        |          |                   |
|           | e-mail:                    |   |        |          |                   |
| 専門<br>領域  |                            |   |        |          |                   |
| 出身校       | 年卒業（西暦）                    |   |        |          |                   |
| 会員区分      | 医師（年会費8000円）・非医師（年会費6000円） |   |        |          |                   |

## 推薦状

上記のものを日本遺伝性腫瘍学会員として推薦します。

年 月 日（西暦）

推薦者

評議員

氏名（自筆）

印