No.

入 会 申 込 書

一般社団法人
日本造血細胞移植学会　御中
私は貴会の主旨に賛同し、所定の年会費を添えて入会を申し込みます。

年　　月　　日

フリガナ		性別	□男・□女
氏 名			
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日		
勤務先 開業先		所 属	
所在地	〒 TEL：		
自宅住所	〒 TEL：		
E-mail アドレス ※必須	□勤務先・□自宅		
郵送先	□勤務先・□自宅		
職　種	□医師〔□基礎･□内科･□小児科･□その他（　　）〕　□看護師 □造血細胞移植コーディネーター（HCTC）　□臨床検査技師□薬剤師 □理学療法士　□作業療法士　□栄養士　□歯科医師　□歯科衛生士 □臨床心理士　□医療ソーシャルワーカー　□製薬企業所属 □その他（　　）		

※各項目にご記入、またはチェックをお付けください。勤務先・開業先は正式名称でご記入ください。
※年会費を納入されたことがわかる書類（払込受領証、明細書等）を添付してください。
※手続き完了までは概ね一週間程度お時間を頂いており、完了次第メールにてご案内いたします。