**日本小児循環器学会　入会申し込み**

・すべての項目を漏れなく記入してください

・ご記入後、メール添付もしくはFAX(03-5227-8631)までご送付ください

|  |  |
| --- | --- |
| **会員種別** | (　　)正会員(医師15,000円)(　　)正会員(医師以外8,000円)  (　　)団体会員(12,000円)　(　　)賛助会員(100,000円) |
| **氏名** | 漢字・姓　　　　　　　　　　　漢字・名  カナ・姓　　　　　　　　　　　カナ・名  ローマ字・姓　　　　　　　　　　ローマ字・名 |
| **生年月日** | 西暦　(　　　　　)年　(　　　　)月　(　　　　)日 |
| **性別** | (　　　　　)男性　　　　(　　　　　)女性 |
| **所属** | 名称：  住所：(〒　　　-　　　　　)  電話：　　　　　　　　　　　　FAX: |
| **自宅** | 住所：(〒　　　-　　　　　)  電話：　　　　　　　　　　　　FAX: |
| **E-mail** |  |
| **職業** | (　　)医師・医学研究者　(　　)看護師　(　　)技師  (　　)その他 |
| **専門分野** | (　　)小児循環器　(　　)小児科　(　　)内科循環器  (　　)内科　(　　)心臓血管外科　(　　)胸部外科  (　　)小児外科　(　　)外科　(　　)放射線科　(　　)病理学  (　　)発生生物学　(　　)遺伝学　(　　)その他 |
| **送付先** | 請求書送付先　　(　　)勤務先　(　　)自宅  郵送物送付先　　(　　)勤務先　(　　)自宅 |