



免疫療法認定医（移行措置）認定申請書

（西暦） 年 月 日現在

| | | | | | |
|--------------|------------------------|----------|---------|-----|----|
| ふりがな | | | | 印 | |
| 氏名 | | | | | |
| 会員番号 | | 性別（○で囲む） | 男 ・ 女 | | |
| 会員種別 | 一般会員 ・ 評議員 ・ 理事 ・ 名誉会員 | | | | |
| 生年月日 | （西暦） | 年 | 月 | 日 | 旧姓 |
| ふりがな | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 自宅電話 | （ ） | - | FAX | （ ） | - |
| E-mail | @ | | | | |
| 勤務先 （ご所属） | | | | | |
| ふりがな | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| 勤務先電話 | （ ） | - | 勤務先 FAX | （ ） | - |

事務局記載欄

| | |
|--------------|------------------------|
| 申請受付日： 年 月 日 | 認定 可 ・ 不可 |
| 認定医番号： No. | 認定年 年1月1日より3年 |
| 評議員就任年 | 年1月1日 ～ 在任中・定年 年12月31日 |
| 備考： | |