



日本臨床免疫学会入会申込書

日本臨床免疫学会理事長 殿

年 月 日

日本臨床免疫学会会則Ⅱ-(6)項の規定により入会を申し込みます。

会員種別 (必須)	<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 再入会			
ふりがな (必須)			ローマ字表記(必須)			
氏名 (必須)	印	生年月日 (必須)	西暦	年 月 日		
		性別 (必須)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
E-mail (必須)	@					
勤務先 (必須)	住所	〒 -				
	電話番号	() - (ext.)	FAX	() -		
	名称					
	部科名		役職			
連絡先 (学会誌送付先) (必須)	<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 自宅 (自宅を選んだ方は下記自宅住所を記入へ)			
自宅 (連絡先で自宅を選んだ方は必須)	住所	〒 -				
	電話番号	() -	FAX	() -		
専門分野 (必須) (○印、複数回答可)	リウマチ膠原病学	呼吸器内科学	血液内科学	耳鼻咽喉科学	臨床検査医学	基礎免疫学： 単球マクロファージ
	アレルギー学	腎臓内科学	腫瘍内科学	眼科学	上記以外の臨床医学	病理学
	消化器内科学	代謝内分泌内科学	その他の内科学	産婦人科学	基礎免疫学： T細胞	上記以外の基礎医学
	神経内科学	感染症学	小児科学	精神医学	基礎免疫学： B細胞	上記以外 ()
卒業大学・専攻					年 卒業	
卒業大学院・専攻					年 卒業	

- 摘要：
1. 本会の会計年は1月1日から12月31日迄です。
 2. 退会届のない場合、継続して会員と致します。
 3. ただし、会員で故なくして2年間会費を滞納したものは退会とみなします。(会則Ⅱ-(9)項)
 4. お預かりした個人情報については学会管理とし、第三者に提供することは絶対にいたしません。

申込書送付先： 〒104-0041 東京都中央区新富1-12-4 シーラカンスビル8F
 株式会社ウィアライブ内 日本臨床免疫学会事務局
 TEL: 03(6693)2842 FAX: 03(3552)4178 Email: jsci@ouialive.co.jp
 住所(勤務先)変更、改姓、退会届はメール、郵送にてご通知下さい。

事務局記載欄

受付日	年 月	会員番号	
学会誌バックナンバー	<input type="checkbox"/> 要 (巻 号 ~ 巻 号)		<input type="checkbox"/> 不要
備考欄			