

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