

人と動物の共通感染症研究会 入会申込書

| | |
|-----------------------------------|--|
| 申込日 | 年 月 日 |
| 年会費振込み日 | 年 月 日 |
| 会員種別 (該当に○) | 正会員 学生会員 賛助会員 |
| 所属・部署 | |
| 連絡先 (該当に○) | 勤務先 自宅 その他 () |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 連絡先 e-mail | |
| 連絡先電話番号 | |
| 氏名 | ひらがな |
| | 漢字 |
| | 生年月日 |
| 専門 1 | |
| 専門 2 該当するものがある場合、 ○をつけて下さい。 | 医師 獣医師 薬剤師 臨床検査技師 看護師 その他 () 学生 (指導教員氏名 :) |

※記載いただいた個人情報は、会員の名簿管理、配布物・会費徴収に関わる業務、その他会の業務を遂行するために必要な行為にのみ使用します。