

日本 HTLV-1 学会 入会申込書

申込年月日：20 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 学生会員	入会年度	年度（会計年度7月～6月）
------	---	------	---------------

	姓(Family name)			名(Given name & Middle name)						
ローマ字										
フリガナ										
氏名										
生年月日	19		年		月	日	性別	男	・	女

連絡先	1. 所属	2. 現住所	※連絡先（学会誌等送付先）をご指定下さい。
-----	-------	--------	-----------------------

■所属情報■

所属機関 <small>(名称及び 部署・部課)</small>				(職名))
所在地	〒			-			
	TEL :	(内線)			FAX :		
	e-mail :						

■現住所（自宅）情報■

現住所 (自宅)	〒			-			
	TEL :				FAX :		
	e-mail :						

■専門領域 1（以下から1つ選択）■

<input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 産科婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> その他の臨床科()
<input type="checkbox"/> 微生物学 <input type="checkbox"/> 免疫学 <input type="checkbox"/> 薬学 <input type="checkbox"/> 看護師、助産師、保健師 <input type="checkbox"/> その他医師以外の医療職()
<input type="checkbox"/> 患者・キャリア <input type="checkbox"/> 医療関連企業 <input type="checkbox"/> その他(内容:)

■専門領域 2（複数選択可）■

<input type="checkbox"/> 成人 T 細胞白血病(ATL) <input type="checkbox"/> HTLV-1 関連脊髄症(HAM) <input type="checkbox"/> HTLV-1 ぶどう膜炎(HU)
<input type="checkbox"/> その他 HTLV-1 関連疾患 <input type="checkbox"/> 医療介護 <input type="checkbox"/> カウンセリング

■（英文）所属施設名■

--

■（英文）連絡先住所■

（郵便番号、都道府県、市町村、番地まで明記。所属先を連絡先とする場合には、所属機関名・部署も記載して下さい。）

--

入会申込書送付先（郵送または FAX）：一般社団法人 日本 HTLV-1 学会事務局
〒112-0012 文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4F 学会支援機構内
FAX : 03-5981-6012 e-mail : htlv@asas.or.jp