

I-HDF 研究会正会員 入会申込書

I-HDF 研究会に入会します。

年 月 日

氏名 _____

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	姓 名	生年月日(西暦) 年 月 日	
案内送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
勤務先	フリガナ	所属科(部課)名	
	名称		
	所在地〒		
	電話番号 () — 内線() FAX 番号 () — E-mail:		
職種等	I	該当するものに×印を付けて下さい。	
	<input type="checkbox"/> 医 療	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 他()	
	<input type="checkbox"/> 教育研究	<input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 理工学 <input type="checkbox"/> 看護学 <input type="checkbox"/> 他()	
	<input type="checkbox"/> 企業	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 他()	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 他()	
自 宅 (ご自宅を送付・連絡先とする場合)	住所 〒		
	電話番号 () —		
	FAX 番号 () —		

本会の会計年度は11月1日～翌年の10月31日となります。

※会費請求は入会年度からの請求となります。

会員特典

1. 各種ご案内の送付
2. 年次研究会プログラム・抄録集の送付