

## 日本消化器病学会入会申込用紙

※こちらの申込用紙は郵送にてご提出いただきますようお願い申し上げます。

|  | 申 込 日   | ※西暦 | 年         | 月   | 日     |
|--|---|-----|-----------|-----|-------|
| フリガナ                                       | 姓   |     | 名         |     |       |
|  | ※   |     | ※         |     |       |
| 氏 名  | ※   |     | ※         |     |       |
| 英語表記 (氏名)                                  | ※   |     | ※         |     |       |
| 性 別  | ※ <input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性   |     | 生年月日      | ※西暦 | 年 月 日 |
| 卒業校  |   |     | 卒業年       | 西暦  | 年     |
| 医師免許取得年                                    | ※西暦 年   |     | 医籍登録番号    | ※   |       |
| 勤務機関名                                      | ※   |     |           |     |       |
| 勤 務 科 名                                    | ※   |     |           |     |       |
| 勤務機関住所                                     | ※〒  |     |           |     |       |
| 勤務機関 TEL                                   | ※   |     | 勤務機関 FAX  |     |       |
| 勤務機関 E-mail                                | ※   |     |           |     |       |
| 自宅住所                                       | ※〒  |     |           |     |       |
| 自宅 TEL                                     | ※   |     | 自宅 FAX    |     |       |
| 自宅 E-mail<br><small>(携帯電話のアドレスは不可)</small> | ※   |     |           |     |       |
| 連絡先<br><small>(郵送先)</small>                | ※ <input type="checkbox"/> 勤務機関 <input type="checkbox"/> 自 宅  |     |           |     |       |
| 会費請求先<br><small>(払込用紙等郵送先)</small>         | ※ <input type="checkbox"/> 勤務機関 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |     |           |     |       |
| 会費請求先住所<br><small>(請求先がその他の場合)</small>     | 〒   |     |           |     |       |
| 会費請求先 TEL                                  |   |     | 会費請求先 FAX |     |       |
| UMIN ID                                    | ID : (取得している方のみ)  |     |           |     |       |
| 専門科  | ※ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |           |     |       |
| 備 考  |   |     |           |     |       |

1. ※は必須項目です。記入漏れがある場合は正しく会員登録されない場合があります。
2. 入会申込用紙は郵便にてお送り下さい。
3. お名前等の各個人情報には本学会業務以外の目的で利用する事は一切ありません。

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| <b>入会年月日 :</b><br>(事務局記入) | <b>会員番号 :</b><br>(事務局記入) |
|---------------------------|--------------------------|