社団法人日本アレルギー学会入会手続きについて

所定の事項を記入し、FAX または郵送にて本会事務局までお申し込み下さい。
なお、入会日は入会手数料及び年会費が入金された日となります。
また、入会者は次年度より国際アレルギー学会会員としても登録されますので、連絡先英文名もご記入下さい。

社団法人日本アレルギー学会
〒110－0005　東京都台東区上野 1－13－3　MY ビル 4F
TEL：03－5807－1701　FAX：03－5807－1702
郵便振替　00130－5－180652

社団法人日本アレルギー学会入会申込書

申請日　　年　　月　　日

氏名	ふりがな		生年月日	性別
			19　年　月　日	男 ・ 女
医師免許	有 ・ 無	専門	専門に○をつけて下さい。 ・基礎医学（具体的にご記入下さい：　　） ・臨床医学（内科学・小児科学・耳鼻咽喉科学・皮膚科学・眼科学・その他（　　）） ・その他　（具体的にご記入下さい：　　）	
勤務先	名称			
	科名		職位	
	所在地	ふりがな 〒 Tel Fax		
		E-Mail		
自宅住所	ふりがな 〒 Tel Fax			
	E-Mail			
書類送付先	1. 勤務先　　2. 自宅			
連絡先　英文表記				

※社団法人日本アレルギー学会理事長記入欄は記入不要。

社団法人日本アレルギー学会 理事長記入欄	印

略　歴　書

ふりがな	
氏名	

年	月	最　終　学　歴
学　位		
年	月	職　歴

入　会　希　望　理　由

提出先：社団法人日本アレルギー学会
〒110－0005　東京都台東区上野 1－13－3　MY ビル 4F
TEL：03－5807－1701　FAX：03－5807－1702　E－Mail：info@jsaweb.jp