|  |
| --- |
| 一般社団法人日本小児アレルギー学会    ***http://www.jspaci.jp*** |
| ***Japanese Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology*** |

**入会申込書**

**申込方法 ：** この用紙を郵送またはFAXにて学会事務局までご送付ください。

　　　　　　 　 学会Webサイト専用フォームからもお手続きいただけます。

**提出先 ：** 一般社団法人日本小児アレルギー学会 事務局　〒110-0005　東京都台東区上野1-13-3 MYビル4階

TEL：03-6806-0203／**FAX：03-6806-0204**／E-mail：info@jspaci.jp

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴学会の目的に賛同し入会を申込みます。 | | | | | | | | **申請日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日** | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  | | | | | | 男  ・  女 | | | 19　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | | | | |
| 氏　名 | 姓 | | | 名 | | | | | |
| 卒業年※ | | （西暦）　　　　　　　　　　　年 | | |
| 勤務先 | 勤務先名 | | | | | | | | | 診療科 | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　　－  　　　　　　　都 道  　　　　　　　府 県 | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | FAX：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | |
| 勤務形態 | 該当するものをチェックしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属機関 | | □診療所 | | □病院 | | □行政 | | □研究所 | | | | | □企業 | | □その他（ | ） |
| 職 　　種 | | □医師　（医籍登録年：　　　　　　　年）　\*「医師」の方は必須入力事項となります． | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | □看護師 | | □保健師 | | □薬剤師 | | □栄養士 | | | | | □臨床心理士 | | | |
|  | | □その他（ | | | | | | | | | | | | | | ） |
| 自　宅 | 郵送物送付先が「自宅」の場合、必須入力事項です． | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 住  所 | 〒　　　　　－  　　　　　　　都 道  　　　　　　　府 県 | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | FAX：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | |
| 携帯TEL：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | メインl | ＠ | | | | | | | | | | | | | | | |
| サ　ブ | ＠ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵送物送付先 | | □勤務先 　 □自宅 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当するものをチェックしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の所属学会 | | □日本小児科学会 | | | | □日本アレルギー学会 | | | | | | □日本小児臨床アレルギー学会 | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | □ な　し | | |
| 専門医資格 | | □日本小児科学会 | | | | □日本アレルギー学会 | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | □ な　し | | |
| メディカルスタッフ資格 | | □小児アレルギーエデュケーター | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | □ な　し | | |
| 事務局記入欄： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注） 1.**太枠線**のみ記入してください。　　2.勤務先には診療科名までご記入ください。　　3.データ入力をしますのでフリガナ、  　　数字、アルファベットははっきりと記載してください。　4.未入力事項がございます場合は事務局より問い合わせをさせていた  だくことがございます。※卒業年は最終学歴のものを記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**FAX番号はお間違いの無いようにお気を付け下さい。**