

入会申込書

<注意事項>

- ・必ず「入会のご案内」の内容を十分確認のうえ、入会してください。
- ・申込書はすべて記入してください。選択項目には必ずチェック印を付けてください。
- ・文字は楷書で明瞭に記載してください。
- ・申込書の内容は個人情報として本学会事務局で厳重に管理いたします。
- ・会費を払込んだ際の「払込金受領証」のコピーを添えて下記住所までお送りください。
- ・ゆうちょ銀行払込口座

加入者名: 一般社団法人 日本集中治療医学会

口座番号: 00180-1-761181

※年会費以外は振込まないでください。

※通信欄には「新入会」「会員種別(正会員、看護部会員、準会員、賛助会員のいずれか)」を明記してください。

入会区分	<input type="checkbox"/> 正会員(医師)		<input type="checkbox"/> 看護部会員(看護師)	
	<input type="checkbox"/> 準会員(医師・看護師以外の医療従事者)		<input type="checkbox"/> 賛助会員	
フリガナ氏名			性別	男 ・ 女
			生年月日	(西暦) 年 月 日
所属施設 (※記入必須)	名称			
	所属科			
	役職			
	住所	〒		
	TEL		FAX	
	E-mail			
自宅	住所	〒		
	TEL		FAX	
連絡先	郵送物の送付先		<input type="checkbox"/> 1. 勤務先	<input type="checkbox"/> 2. 自宅
正会員(医師) 記入欄	医籍登録年月 (西暦)		年	月 日
	集中治療専門医研修施設へ勤務の有無(入会手続き現在)			
準会員(その他) 記入欄	所属区分			
	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> その他()

事務局使用欄	入会年月日:	年	月	日
	会費受領日:	年	月	日
	会員番号:			

<送付先>

一般社団法人 日本集中治療医学会事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷3-32-6 ハイヴ本郷3階
TEL: 03-3815-0589 FAX: 03-3815-0585