入会申込書

(正会員用)

一般社団法人　国際臨床医学会の目的に賛同し入会を申し込みます。　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**該当する** □ **にチェックを入れてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **入会種別** | [ ]  新規入会　　[ ]  再入会 |
| **氏名** |  | 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　月　　日 |
| 性別 | [ ]  女　　[ ]  男 |
| **フリガナ** |  |
| **ローマ字氏名** |  |
| **現住所（自宅）** | 〒 | Tel.  |
| E-mail |
| **所属機関** | **名称** |  |
| **所在** | 〒 | Tel. |
| E-mail |
| **専門（役職）** |  |
| **職種** | 例）医師・医療通訳者など |
| **郵便物送付先** | [ ]  現住所　　　[ ]  所属機関 |
| **メール送付先** | [ ]  現住所　　　[ ]  所属機関 |

【申し込み方法】

上記をご記入いただき、学会事務局まで電子メール（入会申込書添付）、FAX、郵送のいずれかでお送りください。
・国際臨床医学会事務局

E-mail:info@kokusairinshouigaku.jp

FAX: 06-6444-2141

住所：大阪市北区中之島4-3-53　大阪大学中之島センター6階