

送信先 FAX : 078-332-2506 E-mail : jocot@pac.ne.jp

NPO 法人 がん医療研修機構 入会申込書 (個人会員)

申込日	年 月 日
-----	-------

フリガナ	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

勤務先名 部署名	
-------------	--

勤務先住所	〒
-------	---

電話番号	— — 内線 ()
------	------------

FAX 番号	— —
--------	-----

E-mail	<u>当機構では今後、セミナーの開催情報や総会案内など、メール配信で行ってまいります。</u> <u>できるだけメールアドレスの登録をお願いいたします。</u>
--------	---

資格 / 職種	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他の医療職 ※差し支えない範囲で具体的に教えてください []
---------	---

(任意) 自宅住所 電話番号 メールアドレス	* 郵便物送付先を自宅に指定する場合は記入してください。 〒 電話 E-mail
---------------------------------	---

郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
--------	--

<事務局記入欄>

会員番号	
------	--

入金日	年 月 日	登録日	年 月 日
-----	-------	-----	-------