

--	--	--	--	--	--	--	--

日本臨床化学会

入会申込会員カード

( )

ローマ字				性別 □男・□女	生年月日 19 . . .
ふりがな					
氏名					
所属地区		北海道・東北・関東・甲信越・東海・近畿・中国・四国・九州・海外・その他			
現住所 (自宅)		〒			
		Tel :		Fax :	
		E-mail :			
所属先	名称				
	部署・部課名				職名 :
	所在地	〒			
		Tel :		Fax :	
		E-mail :			
学歴		大学		学部 (□ 卒業・□ 学年在学)	
		学位	博士 (19 年)		
選挙母体		<input type="checkbox"/> イ. 臨床系 <input type="checkbox"/> ロ. 基礎系 <input type="checkbox"/> ハ. 病院系 <input type="checkbox"/> ニ. 産業学術系その他			
会誌などの送付先 :		<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 現住所            備考 :			

※ 「性別」「学歴 (卒業・在学)」「選挙母体」「会誌などの送付先」は選択になります。あてはまる項目の□を■ (黒い四角) にして下さい。その他の欄は、入力して下さい。

※ 選挙母体は、イ) 大学・研究機関の臨床系 (検査医学講座などを含む) ロ) 大学・臨床機関の基礎系 (理・工・農・薬・医の各学部を含む) ハ) 病院系 (大学附属病院など技術系職員を含む) ニ) 産業学術系その他