

PEG・在宅医療学会 入会申込書 (個人・施設)

※：事務局記入欄

会員番号 ※	入会年月日 ※	年	月	日
--------	---------	---	---	---

※施設会員の場合は施設代表者の情報を記入

		姓		名						
ふりがな					生年月日		性別			
氏名					西暦	年	月	日	男	女
職業	医師		看護師		薬剤師		その他 ( )			
※該当職業に○印を記入・その他の場合は職名を ( ) 内に記入してください										
勤務先	ふりがな									
	名称									
	所属科					役職名				
	住所	〒		住所						
	mail	TEL		FAX						
自宅	住所	〒		住所						
	mail	TEL		FAX						
	郵送物送付先	勤務先		自宅		E-mail		勤務先		自宅

【施設登録の場合のみ記入】

※ 基本登録は5名まで(代表者含む)/6名以上は1名につき4,000円追加で登録可能  
追加登録者を希望の場合には別途用紙に情報を記載してください。

↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑  
FAX進行方向にのり付け

2	ふりがな			生年月日		性別		
	氏名			西暦	年	月	日	男
3	ふりがな			生年月日		性別		
	氏名			西暦	年	月	日	男
4	ふりがな			生年月日		性別		
	氏名			西暦	年	月	日	男
5	ふりがな			生年月日		性別		
	氏名			西暦	年	月	日	男

【個人会員申し込みの場合】  
年会費振込控えをこちらに添付送信 (郵送) してください。  
(横向き添付)  
または、白紙用紙に控えをコピーして送信 (郵送) してください。