

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						
		TEL					FAX			
自宅	mail	@								
	住所	〒		住所						
		TEL					FAX			
	mail	@								
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	女
3	ふりがな			生年月日		性別			
	氏名			西暦	年	月	日	男	女
4	ふりがな			生年月日		性別			
	氏名			西暦	年	月	日	男	女
5	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 ( )				

【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。