

日本薬剤疫学会個人会員入会申込書

* 会員区分		正会員	学生会員
(フリガナ) 氏 名			
所 属 (学生会員の場合は在籍する 大学・大学院等)			
		西暦 年 月卒業予定	
所属先 (在籍先)	住 所	〒	
	TEL	(内線)	
	FAX		
専 門 領 域			
最 終 学 歴		西暦 年 月	
* 資 格		医 師 ・ 薬 剤 師 ・ 看 護 師 ・ その他 ()	
自 宅	住 所	〒	
	TEL		
	FAX		
推薦会員 (注)	所属先名称		
	氏 名		
登 録 e-mail			
* 雑 誌 等 送 付 先		自 宅	所属(在籍)先

* : 該当箇所を で囲んでください

(注) : お近くに推薦者がおられない場合は記入の必要はありません

学生会員の方は卒業・修了(予定)年月を必ずご記入ください