

入会申込書

年 月 日

日本ハンセン病学会に 年度より入会いたします。

ふりがな								
氏名								
氏名(英語)								
所属先	機関名					掲載	可 / 不可	
	住所	(〒 -)				掲載	可 / 不可	
	TEL		掲載	可 / 不可	FAX		掲載	可 / 不可
	E-mail					掲載	可 / 不可	
自宅	住所	(〒 -)				掲載	可 / 不可	
	TEL		掲載	可 / 不可	FAX		掲載	可 / 不可
	E-mail					掲載	可 / 不可	

学会誌の送付先	所属先 / 自宅
---------	----------

専門分野	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、獣医師、生物・化学・物理系、臨床検査技師、介護関係者 その他()
------	--

注:学会誌には原則的に氏名、所属、所属住所、所属電話、所属 FAX、所属 E-mail を掲載予定ですが、掲載を「不可」にした項目については掲載を行いません。

送付先: 日本ハンセン病学会 連絡先窓口
E-mail : postmaster@hansen-gakkai.jp
〒189-0002 東京都東村山市青葉町 4-1-13
日本ハンセン病学会事務局
TEL 090-8747-1851/FAX 042-396-2981