**日本リンパ浮腫学会【正会員】入会申込書**

記入年月日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | （必須：ひらがなでご記入ください） |
| 氏　　名 |  |  | （必須） |
| 生年月日 |  | （必須：西暦4桁 - 月2桁 - 日2桁：半角数字でご記入ください） |
| 性別 | □ 男　　□ 女 |
|  |  |
| 職種 | * 医師　　□ 医学研究者（注）　　□ 看護師　　□ 理学療法士　　□ 作業療法士
 |
| （注）医学研究者は推薦理事１名の氏名をご記入ください |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 電子メールアドレス | 　　　　　　　　　＠ | （必須）英数半角でご記入ください。ファイルを添付できませんので携帯アドレスはご遠慮ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 専門領域 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 専門領域の所属学会（主なもの） | 学会名： | 役職名： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| リンパ浮腫関連の | * 日本リンパ学会
 | 役職名： |
| 所属学会・組織 | * 日本がんサポーティブケア学会
 | 役職名： |
|  | * 日本リンパ浮腫治療学会
 | 役職名： |
|  | * ＩＬＦ　Ｊａｐａｎ
 | 役職名： |
|  | * その他（　　　　　　　　　　　　　　　）
 | 役職名： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 正式名称 |  |
| （必須） | 科名 |  |
|  | 住所 | 〒 |
|  |  |  |
|  | ＴＥＬ |  |
|  | ＦＡＸ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
| （必須） |  |  |
|  | ＴＥＬ |  |
|  | ＦＡＸ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便物の送付先（必須） | □ 勤務先　　□ 自宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡事項 |  |