日本リンパ浮腫学会【準会員】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	あん摩マッサージ指圧師 （ただし、保険医療機関に勤務し、専任の医師の指導監督の下でリンパ浮腫診療に従事している者）

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。

リンパ浮腫関連の所属学会・組織	□ 日本リンパ学会	役職名：
	□ 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（必須）	正式名称	
	科名	
	住所	〒
	ＴＥＬ	
	ＦＡＸ	

自宅（必須）	住所	〒
	ＴＥＬ	
	ＦＡＸ	

郵便物の送付先（必須）	□ 勤務先　　□ 自宅

連絡事項	