# 入 会 申 込 書

## 日 本 移 植 学 会 御中

下記のとおり(正会員・正会員(コメディカル)・賛助会員)として入会を申請いたします。

申 込 日:　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 姓(Family Name) | 名(First Name) | 性　別 | 男　・　女 |
| ローマ字 | | | 生年月日 | 19　年　月　日生 |
| 氏　名 | | | 入会年度 | 20　年度 |
| 現住所 | 〒<br>TEL　　FAX | | | |
| 所属機関名<br>名　称 | | | | |
| 所在地 | 〒<br>TEL　　内線　　FAX<br>E-mail | | | |
| 連絡先 | 機関誌等の送付先 ［ 現住所 ・ 所属機関 ］を○で囲んで下さい。 | | | |
| 専門科目区分<br>どれか一つを○で囲んでください | (内科・外科・小児科をといません臓器がまたがる場合にはどちらか1つを選んでください)<br>(1) 基礎医学 ・再生医療 (2) 肝・膵・膵島・小腸移植関連 (3) 心・肺移植関連 (4) 腎移植関連 (5) 造血幹細胞移植 (6) 組織移植(骨・角膜・皮膚等) (7) 移植関連検査 (感染症・HLA／血中濃度測定等) (8)救急・脳外科 (9) 臓器配分・コーディネータ等 (10) その他 | | | |
| 推 薦 者<br>(評議員) | 所属　　氏名 | | | |
| 学　歴 | 大学　　年卒<br>大学大学院　　年卒 | | | |

推薦者がいない場合は履歴書をそえてご送付ください。

※ 会員番号　140－　　－

※ 受付日　　年　　月　　日