＜＜日本食道学会入会申込書　※**準会員**＞＞

**FAX：03-6456-1339**

\*受領日　　　　　　　\*受付日　　　　　　　\*会員番号

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| ローマ字 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　　性別　男　女 |
| 勤務先、 所属機関 | 名称：住所：〒電話：FAX ： |
| 自宅 | 住所：〒電話：FAX ： |
| 電子メール |  |
| 職種 | 1.看護師　2.臨床検査技師　3.診療放射線技師　4.臨床工学技士　5.薬剤師　6．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先および雑誌送付先 | 1.勤務先、所属機関　　2.自宅　　　　（いずれかを○で囲む） |