**日本注射薬臨床情報学会　正会員入会申込書**

申込年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | **正会員** | 入会年度 | 年度 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) |
| ローマ字 |  |  |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  | 印 |
| 生年月日 | **１　９** |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | １．　所　属 | ２．　現住所 | ※連絡先（送付先）を必ずご指定下さい。 |

■所属機関■

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| （職名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　(内線：　　　　　・直通) | FAX： |

■現住所（自宅）■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|  |
| TEL： | FAX： |

■電子メールアドレス■　必ずご記入下さい。

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

■学歴・学位・職種■　職種は必ず１つを選択し、○印で囲んで下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 最　終　学　歴 | （西暦　　　　　　　年） | 卒業・修了在学中 |
| 学　位 |  |
| 職 種 | １.保険薬局薬剤師　２.病院薬局薬剤師　３.薬学研究者 ４.医師 ５.看護師 ６.その他（企業関係者等） |