

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)			