

メール、またはFAXでお送り下さい。 メール:office@jacd.info / FAX:03-6304-0565

申込書到着後、1週間以内にメールで登録完了のご連絡をお送りします。

※office@jacd.infoよりメールをお送りします。届かない方は、事務局までご連絡をお願いします。

一般社団法人 日本循環器病予防学会 入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、以下の通り申し込みます。

*入会希望日：記入日以前は不可

記入日	20 年 月 日	入会希望日*	20 年 月 日
会員種別 (どちらかに○印)	1. 医師以外会員 (年会費 5,000 円)		
	2. 医師会員・歯科医師 (年会費 8,000 円)		
ふりがな			性別 (○を記入)
氏名			男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>
E-mailアドレス	普段使用されるアドレスの記入をお願いします。		
所属機関名			
部署名			
役職 (任意記載)			
職種			
所属機関住所	〒		
所属機関Tel		所属機関Fax	
ご自宅住所	〒		
ご自宅Tel			
生年月日	西暦	年 月 日生	
雑誌送付先 (どちらかに○印)	1. 所属先		
	2. ご自宅		

★今回のご入会についてお伺いします。いずれかに○をご記入ください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	学術集会での演題発表	<input type="checkbox"/>	高血圧・循環器病予防療養指導士認定資格の取得を希望
<input type="checkbox"/>	日本循環器病予防セミナーへの参加のため	<input type="checkbox"/>	論文投稿
<input type="checkbox"/>	メディカルスタッフ向けセミナーに参加のため	<input type="checkbox"/>	その他

★紹介者 (該当する場合に記入)

氏名		所属	
----	--	----	--