

PEG・在宅医療学会 入会申込書 (個人・施設)

※：事務局記入欄

会員番号 ※	入会年月日 ※	年	月	日
--------	---------	---	---	---

※施設会員の場合は施設代表者の情報を記入してください。

※メールアドレスを必ずご記入ください。お手続きやセミナー受講・資格試験などで必要になります。

		姓	名	生年月日		性 別				
ふりがな					西暦	年	月 日	男	女	
氏名					西暦	年	月 日	男	女	
職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()						
	※該当職業に○印を記入・その他の場合は職名を () 内に記入してください									
勤務先	ふりがな									
	名称									
	所属科						役職名			
	住所	〒	住所							
	TEL					FAX				
mail	@									
自宅	住所	〒	住所							
	TEL					FAX				
	mail	@								
郵送物 送付先	勤務先		自宅		E-mail	勤務先		自宅		

【施設登録の場合のみ記入】

※ 基本登録は5名まで(代表者含む)/6名以上は1名につき4,000円追加で登録可能
 追加登録者を希望の場合には別途用紙に情報を記載してください。

2	ふりがな			生年月日		性 別			
	氏名			西暦	年	月 日	男 女		
	mail	@							
3	ふりがな			生年月日		性 別			
	氏名			西暦	年	月 日	男 女		
	mail	@							
4	ふりがな			生年月日		性 別			
	氏名			西暦	年	月 日	男 女		
	mail	@							
5	ふりがな			生年月日		性 別			
	氏名			西暦	年	月 日	男 女		
	mail	@							
職業	医師	看護師	薬剤師	その他 ()					

↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑
 FAX進行方向にのり付け

【個人会員申し込みの場合】
 年会費振込控えをこちらに添付送信(郵送)して
 ください。
 (横向き添付)
 または、白紙用紙に控えをコピーして送信(郵
 送)してください。