電子免疫治療研究会入会申込書

申込日　　年　　月　　日

電子免疫治療研究会　宛

研究会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

※フリガナ			性別	男性 ・ 女性
※氏　　名			生年月日	年　　月　　日生
※自宅の住所　〒				
※TEL：　　－　　－			FAX：　　－　　－	
E-mail ：				
出身校　　年卒業				

※は必ずご記入下さい。

勤務先・在学先の住所　〒　　－	
勤務先・在学先の名称　（大学・大学院　年生）	
所属・役職	
TEL：　　－　　－	FAX：　　－　　－
E-mail ：	

医療に従事している方は、該当するものに〇をつけて下さい。

医師・歯科医師・獣医・薬剤師・保健師・看護師・助産師・衛生管理者・放射線技師
臨床検査技師・理学療法士・栄養士　その他（　　）

紹介者様	通信物送付先（本会からの会誌などの送付先） ※希望する方に〇を付けて下さい。 １．勤務先・在学先　　２．自宅

入会申込書送付先：〒762-0025　香川県坂出市川津町 3329-14
堀口医院内　電子免疫治療研究会　事務局　宛
TEL：0877-45-8686　FAX：0877-45-8883