

日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会
入会申込書

フリガナ

氏 名 :



性 別 : 男 ・ 女

生年月日 : 1 9 年 月 日 生まれ

勤務先・開業先

名称 :

所在地 : 〒 -

TEL :

FAX :

E-mail :

現住所 〒 -

TEL :

FAX :

専門分野 : A 医師 B 薬剤師 C 検査技師 D 看護師 E その他

連絡先 : A 勤務先 B 自宅

■ 会員種別 : 1. 正会員 2. 臨時会員

■ 入会希望年度 : 年度 (本学会の年度は 8 月から翌年 7 月まで)

上記ご記入のうえ、E-Mail 添付、FAX または郵送で学会事務局までお送りください。

〒113-0033 東京都文京区本郷2-26-11 KAZEN 第2ビル6階 中西印刷株式会社東京営業部内
日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会事務局
TEL:03-3816-0738 FAX:03-3816-0766 E-Mail:jsiao@nacoss.com

(事務局記入欄) 入会年月日 : 20 年 月 日

会員 No. :

会費 (入会金・年会費) 会誌

備考 :