入 会 申 込 書

日　本　移　植　学　会　御中

下記のとおり（ 正会員･正会員（コメディカル）・ 賛助会員）として入会を申請いたします。

申　込　日:　　年　　月　　日

	姓（Family Name）	名（First Name）	性　別	男　・　女
ローマ字			生年月日	年　月　日生
氏　名			入会年度	２０　　年度
現住所	〒 TEL　　FAX			
所属機関名 名　称				
所在地	〒 TEL　　内線　　FAX E-mail			
連絡先	機関誌等の送付先　［　現住所　・　所属機関　］を〇で囲んで下さい。			
専門科目区分 どれか一つを〇で囲んでください	（ 内科・ 外科・ 小児科をといません臓器がまたがる場合にはどちらか1 つを選んでください） (1)　基礎医学　・再生医療　(2)　肝・ 小腸移植関連（3)膵・ 膵島移植関連（4)心・ 肺移植関連（5）腎移植関連（6）造血幹細胞移植（7)組織移植（ 骨・ 角膜・ 皮膚等）（8)移植関連検査（ 感染症・ HLA・ 血中濃度測定・ 病理等）（9)救急・ 脳外科（10)移植コーディネーター・ 看護師・ 臨床工学技士・ 薬剤師等（11）精神医学・ 法律・ 倫理・ 教育・ 社会活動			
推 薦 者 （代議員）	所属　　氏名			
学　歴	大学　　年卒 大学大学院　　年卒			

推薦者がいない場合は履歴書をそえてご送付ください。

※　会員番号　　140－　　－

※　受付日　　年　　月　　日