記入日　西暦　　年　　月　　日

**日本血液疾患免疫療法学会　入会申込書・登録内容変更届**

該当する方を選択して下さい：　　**【　入会申込み　　・　　登録内容の変更　】**

**【　一般会員　　　・　　学生会員　】**

新規入会をお申込み頂きました後、会費の振込用紙を送付させて頂きます

\*：必須事項

|  |  |
| --- | --- |
| \*氏名 | 　 |
| \*フリガナ | 　 |
| \*生年月日 | 　 |
| \*所属施設名称 | 　 |
| \*所属施設住所 | 〒 |
| \*所属施設TEL | 　 |
| 所属施設FAX | 　 |
| \*連絡E-mail | 　 |
| 　　上記以外（自宅等）へ連絡物送付を希望される場合は下にご記入下さい |
| 連絡先住所 | 　 |
| 連絡先TEL | 　 |
| 連絡先FAX | 　 |

※生年月日は、役員の定年および若手奨励賞等に使用させていただきます。

【事務局】

〒565-0871　吹田市山田丘2-2

大阪大学大学院医学系研究科　癌ワクチン療法学寄附講座内

TEL＆FAX：06-6879-3677

e-mail：jsihd@cit.med.osaka-u.ac.jp