**日本臨床ウイルス学会 入会申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 込 日 　 　 20　　年 　月　 日 | | | | | 会員番号　　　　　　　　　　　　　　（事務局記載欄） | | | | | |
| 入会年度 | | | **年度** | **※当学会の年度は1月から12月となっております入会年度をご記入ください。ご入会年度は特にご指定がなければ、ご納入年の年度といたします。（下記注意事項参照）** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 会員  種別 | | いずれかを○で選択ください　　　　1.正会員 　　　　2.賛助会員 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 | |  | | | | | | | 生年月日  （西暦） | 年　　月　　日 |
| 英文氏名 | |  | | | | | | 英文敬称Dr.Ms.など（　　　　　） | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 連絡先  指　定 | | ＊学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。（いずれかを○で選択ください）  1.　勤務先 　　　　2. 自 宅 | | | | | | | | |
| 勤 務 先 情 報 | 所属 | | | | | | | | | |
| 所属部署 | | | | | | 役  職 |  | | |
| 職名 |  | | |
| 所属住所　　〒 | | | | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | |
| e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | | | | | |
| 自 宅 情 報 | 自宅住所　　　〒 | | | | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | |
| 携帯電話　　　 　 　（　　　　　） | | | | | | | | | |
| e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 専門分野 | | いずれか○で選択ください  1.臨床　　2.基礎　　3.地方衛生研究及び疫学　　4.その他（　　　　　　　） | | | | | | | | |

■注意事項■

1. ご入会年度は特にご指定がなければ、ご納入年の年度といたします。

学会発表の演者、共同演者の場合に学会開催年の前年度、あるいは学会開催年の年度のいずれからでもご入会できます。学会開催年の前年に会費を納入して、学会開催年のご入会扱いとする場合には、開催年度を「入会年度」にご記入下さい。

例：第57回日本臨床ウイルス学会（2016年6月開催）の演者、あるいは共同演者の場合に、2015年のうちに年会費10,000円を納入されますと、特にご指定がなければ2015年度（会期2015年1月～12月）ご入会扱いとします。2016年度ご入会扱いする場合には**入会年度2016年度**とご記入下さい。

2. 連絡先がご勤務先の場合にはご自宅情報のご記入は任意です。

■送付先（郵送、ファックス、メールにてお送り下さい）■

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ（株）春恒社学会事務部内　日本臨床ウイルス学会会員係 行

TEL：03-5291-6231／FAX：03-5291-2176　e-mail: cl.virol-kaiin@shunkosha.com

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受領日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処理日 |