（様式１）

２０１７年度学会会員入会申込み

必要事項をご記入の上、該当項目を○で囲んで下さい。

お名前
フリガナ

生年月日

性別　　男性　　女性

連絡先/所属（　自宅　　勤務先　）
所属

住所　〒

固定電話番号/携帯電話番号

FAX番号

メールアドレス

入会希望学会　　日本肉腫学会　　日本臨床肉腫学会

日本臨床肉腫学会は薬物治療に特化した学会で医療者、企業関係者のみ入会可能です。
両方に入会されても年会費は１学会分のみのお支払いで結構です。
学会認定医、専門医、認定看護師、専門看護師を希望される方は日本肉腫学会への入会が必要です。

会員属性　　正会員（医療者とアカデミアの研究者、学生を含む）１００００円/一口、一口から

医師　　看護師　　薬剤師　　検査技師　　研究者　　学生
その他（　　）

一般会員（患者さん・ご家族・友人、企業関係者）　　１００００円

団体会員　　５００００円

会計年度は２０１７年１０月１日～２０１８年９月３０日