

(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、指導医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 (患者様・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