

日本眼科アレルギー学会入会申込書

- ※ 申込書はFAX又はE-mailでお送り下さい。
 ※ 年会費：一般会員 3,000円 / 法人会員 50,000円（一口）
 郵便振替口座番号：00190-5-290881 加入者名：日本眼科アレルギー学会

(年度入会) 申込年月日 年 月 日

氏名	フリガナ		
	漢字		
生年月日	年	月	日
	性別	男 ・ 女	
最終学歴	(年 月 卒)		
右記該当欄 にチェック をお願いします	一般 会員	カテゴリー1	眼科医
		カテゴリー2	眼科医以外の医師、 教育研究機関に所属する研究者等
		カテゴリー3	看護師、視能訓練士、 臨床検査技師等、その他
	法人会員		
勤務・ 開業先	名称	フリガナ	
		漢字	
	役職		
	住所	フリガナ	
	〒		
	TEL	()	FAX ()
	E-mail		
自 宅	住所	フリガナ	
		〒	
	TEL	()	FAX ()
	E-mail		
書類送付先： 勤務先（開業先） ・ 自宅 ・ その他 (希望先に○を、その他の場合は備考欄にご記入ください)			
主な所属学会名・ 研究会名			
備考			

事務局記入欄

受領日	年	月	日	会員番号	
-----	---	---	---	------	--

お問合せ先

日本眼科アレルギー学会 事務局

169-0075 東京都新宿区高田馬場 2-4-7 Tel 03(5287)3801 Fax 03(5287)3802

E-mail. joas_sec@staffroom.jp