

日本臨床検査医学会 会員登録票

フリガナ			ローマ字(姓→名の順)			
氏名			通信先(会誌の送付先など)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 自宅		
生年月日	西暦	年	月	日生()歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
国家資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
研究領域	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 染色体 <input type="checkbox"/> 遺伝子 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 免疫血清 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 生理 <input type="checkbox"/> 情報 <input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> その他()					
業務	<input type="checkbox"/> 大学病院検査室 <input type="checkbox"/> 一般病院検査室 <input type="checkbox"/> 衛生検査所 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()					
勤務先						
所属				職位		
所属住所	〒() 都・道・府・県					
所属電話	—	—	代表 直通	内線 ()	所属FAX	— —
学校名						
学部				学科		
学校住所	〒() 都・道・府・県					
学校電話	—	—	代表 直通	内線 ()	学校FAX	— —
自宅住所	〒() 都・道・府・県 <small>建物名</small>					
自宅電話	—	—	FAX	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自宅FAX	— —
メールアドレス	_____ @ _____ <input type="checkbox"/> なし					
会員名簿	会員名簿への連絡先の掲載 <input type="checkbox"/> 諾 / <input type="checkbox"/> 否 (原則連絡先が掲載されます。否の場合、お名前だけの掲載となります)					
最終学歴				卒業年月日	西暦	年 月・予定
所属学会	<input type="checkbox"/> 日本臨床検査専門医会 <input type="checkbox"/> 日本病理学会 <input type="checkbox"/> 日本臨床検査自動化学会 <input type="checkbox"/> 日本臨床化学会 <input type="checkbox"/> 日本検査血液学会 <input type="checkbox"/> 日本血液学会 <input type="checkbox"/> 日本臨床微生物学会 <input type="checkbox"/> 日本臨床衛生検査技師会 <input type="checkbox"/> 日本医療情報学会 <input type="checkbox"/> 日本内科学会 <input type="checkbox"/> 日本外科学会 <input type="checkbox"/> 日本ME学会 <input type="checkbox"/> 日本輸血学会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
学位	<input type="checkbox"/> 医学博士 <input type="checkbox"/> 理学博士 <input type="checkbox"/> 薬学博士 <input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
資格	<input type="checkbox"/> 臨床検査専門医 <input type="checkbox"/> 認定病理医 <input type="checkbox"/> 細胞診指導医 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 内科専門医 <input type="checkbox"/> 認定臨床病理技術士(□1級・□2級) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
臨床検査(臨床病理)に関する主な職歴・業績						
<div style="border: 1px dashed gray; width: 100%; height: 100%;"></div>						

※上の枠内すべてに記入し、該当する項目に印をつけて下さい。空欄の無いように、該当しない項目は“なし”と記入願います。

事務使用欄	会員番号		受付年月日	
	備考		入会年月日	