

## 《日本循環制御医学会入会申込書》

申込日	年 月 日	
職 業	医師・その他（                      ）	
氏 名	性 別	男                  女
	漢 字	
	フリガナ	
	英 字	
生年月日	年	年（西 暦）
	月	月
	日	日
所 属 先	施設名	
	部科名	
	役職名	
	郵便番号	-
	住 所	
	電話番号	
	FAX番号	
自 宅	郵便番号	-
	住 所	
	電話番号	
	FAX番号	
E-mailアドレス		
最終学校名		
卒 業 年	年（西 暦）	
書類送付先	所属先	自宅

● 申込書送付先

日本循環制御医学会事務局  
 〒160-0022  
 東京都新宿区新宿1-15-11 マキビル11F  
 株式会社グローバルエクスプレス・国際会議センター内  
 TEL: 03-3352-2333                      FAX: 03-3352-5421  
 E-mail: admin@jsccm.jp  
 担当： 安 田                  緑