**CVIT(日本心血管インターベンション治療学会)入会申込書**

**コメディカル用**

日本心血管インターベンション治療学会

理事長 殿

私は、下記のとおり、CVIT(日本心血管インターベンション治療学会)への入会を申し込みます。

届出日　　　　　年　　　　月　　　　日

氏　 名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**会　員　情　報**

**職種（□にレで印を付けてください）**

**□看護師 □臨床検査技師 □診療放射線技師 □臨床工学技士 □薬剤師**

**□栄養士 □理学療法士 □運動療法士 □健康指導士 □事務職員**

**□ｸﾘﾆｶﾙﾘｻｰﾁｺｰﾃﾞｲﾈｰﾀｰ □その他（　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | 姓 | 名 |
| 漢字 |  |  |
| カナ |  |  |
| 英字 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **生年月日** | 19　　　　年　　　月　　　日 | **性別** | 男**・**女 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所属** | 名称 | |  | | |
| 部・科 | |  | | |
| 〒 | | | | |
| 電話 | （内線：　　　　） | | ＦＡＸ |  |
| **E-Mail　アドレス** | | | @ | | |

※E-Mailアドレスを登録されませんと、会員専用ページの閲覧ができません。

※「＿（アンダーバー）」と「－（ハイフン）」、「0（ゼロ）」と「o(ローマ字)」等、注意書をいただけると助かります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **現住所** | 〒 | | | |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |

**郵送物の送付先　（□にレで印をつけてください）**

**□　　所属機関**

**□　　現住所**

**学会事務局使用欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 精査 | 担当 |  | 受　付 |
|  |  |  |  |

【特記事項】

Ver.17（2017/02/01）