

# J-PCI・J-EVT/SHD 研究者パスワード取得申請用紙

## FAX 番号:03-3556-5063

生年月日は、必ず西暦で記入下さい。会員の方は会員番号を記載下さい。

申請日		20 年 月 日	
施設名		施設名: 所属科・所属部署:	
電話番号(日中連絡の取れる番号をお願いします)			
FAX 番号			
E-mail アドレス 代表者 1 名のアドレスを記載してください。			
例 登録者名 シンゾウ ケツカン 心臓 血管 生年月日: 1960 年@月@日	(医師・コメディカル その他 ( ) ■会員(99999)*会員番号 □非会員	UMIN の登録への承諾  ○ *UMIN への登録に承諾を頂いた 場合には、必ず○をつけて下さ い。この項目は必須項目です。	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID
登録者名  生年月日: 年 月 日	医師・コメディカル その他 ( ) □会員( ) □非会員	UMIN の登録への承諾	UMIN 一般 ID

《お問い合わせ先》

日本心血管インターベンション治療学会事務局

TEL: 03-3556-5062

Ver5(2011/4/13 改定)