

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
クリニカルサーチコーディネーター 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、注意書をいただくと助かります。

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

【特記事項】

.....
.....
.....
.....

精査	担当	受付