

CVIT(日本心血管インターベンション治療学会)入会申込書

医師(正会員)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

医籍番号	
------	--

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	

※所属先は正式名称でご記入ください。

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	

卒業校	学校名	大学 _____ 学部 _____
	卒業年	_____ 年卒業 (西暦でご記入ください)

他学会認定情報	内科学会	入会 ・ 未入会 / 認定医資格	有 ・ 無
	循環器学会	入会 ・ 未入会 / 専門医資格	有 ・ 無

※内科学会・循環器学会への入会・未入会、資格の有・無については、どちらかに○をつけてください。

郵便物の送付先 (□に√で印をつけてください)

所属機関

現住所

学会誌不要の方は□に√で印をつけてください

学会誌不要

(但し、お支払いいただきます年会費は変わりませんのでご了承ください。)

学会事務局使用欄

【特記事項】

.....

精査	担当

受付