**日本臨床医学アナリシス学会入会申込書**

**Japanese Society for Clinical Medicine Analysis**

**\***  本会に入会ご希望の方は、本申込書に必要事項をご記入の上，事務局までEmail添付，FAXまたは郵送でお送り下さい。簡単な審査をさせて頂き，ご入会の手続きを進めます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ロ－マ字** |  | |  | **正会員　　／　他** | |
| **氏　　名**  **（Name）** |  | |  | **男性（Male）／女性（Female）** | |
| (西暦) **年　 　月 日**  **(Date of Birth)** | |
| **(Surname)** | | **(Given Name)** |
| 所属機関の所在地，現住所の少なくとも一方は，必ずご記入下さい。 | | | | | |
| **所属機関**  **(Affiliation)** | |  | | | |
| **(Address)**  郵便物が確実に届くよう記入下さい | | **〒**  **Phone ext.( ) Fax** | | | |
| **(Home Address)** | | **〒** Phone: Fax | | | |
| **Email Address** | |  | | | |
| **学 歴**  **（差し支え無ければご記入ください。）** | | （大学）**大学　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　卒業・在学・中退**  （大学院） **大学 Ｍ　　Ｄ**(西暦)　  **年 修了・在学・中退** | | | |
| **研究分野**  **(Major Fields)** | |  | | | |
| **指導教員**  **(Mentor)** | | 学生会員は必須 **氏名 (Name)：**  **メールアドレス (Email)：** | | | |
| **(Mailing Address)** | | **勤務先 (Institution) 　　　自宅 (Home)** | | | |
| **会費支払い方法(How to pay the annual fee)** | | **・会費のお支払いは、原則的に銀行・郵便局口座引落をご利用下さい。** | | | 入会年月日（事務局記入） |
| 会員番号（事務局記入） |
| 入会申込書に記入する個人情報の利用目的について  日本臨床医学アナリシス学会では、個人情報に関する法令、その他規範、および当学会が定める「個人情報保護方針」を遵守し、個人情報を適切に管理します。ご記入いただく個人情報は、日本臨床医学アナリシス学会からの必要なご連絡、会費徴収、会誌発送のために利用させていただきます。  **個人情報の利用に同意する　　（チェックをお願いします）** | | | | | |

**\*** 口座引き落としは、次年度のお支払いからになります。初年度は、郵便局窓口での払込でお支払いいただきます。

なお、会費は毎年前納で、年額**10,000円**（入会金は不要です）

|  |
| --- |
| **日本臨床医学アナリシス学会事務局** 〒164-0013 東京都中野区弥生町3-24-11東大附属前学術振興センター　　　　　　　　　　　　　　  **TEL: 03-6276-3163 Email: admin@j-cma.net** |