**日本ワクチン学会　入会申込書**

申　込　日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

下記のとおり、日本ワクチン学会 に入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊本会の事業年度は、10月1日～翌年9月30日までです。次年度入会をご希望の方は、下記□に**✓**チェックを入れてください。 | | | | |
| 会員区分 | 正会員　 　・　　　学生会員 | |  | 次年度入会希望 |
| フリガナ |  | | 性　　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| ローマ字 |  | |
| 専　門 | **※主とする1分野のみ選択して下さい**  1.基礎研究系　 　2.臨床応用系　　　3.製造・開発系　　　4.疫学系 | | | |
| 診療科 | **※臨床応用系の方のみご選択ください　(複数選択可)**  内科 ・ 小児科 ・ 皮膚科 ・ 産婦人科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 病理診断科 ・ 臨床検査  総合診療　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | |
| 書類送付先 | 勤務先　　　・　　　自宅 |  | | |
| E-mail ① |  | | | |
| E-mail ② |  | | | |
| 勤務先 名称・部署 |  | | | |
| 勤務先  所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　内線 　　　　　　　FAX | | | |
| 自宅  所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | |

**＜　送信先　＞**

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番地12号　新宿ラムダックスビル9階

株式会社春恒社　学会事業部内　　日本ワクチン学会事務局

E-mail：[jsvac@shunkosha.com](mailto:jsvac@shunkosha.com) FAX：**03-5291-2176**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会登録日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 入会年度 | 年 | 会員番号 | 610‐　　　　　　‐ |

事務局使用欄