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、毎年 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 ヶ所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		
勤務先 名称・部署			
勤務先 所在地	〒 TEL　　内線　　FAX E-mail		
自宅 所在地	〒 TEL　　FAX E-mail		

＜ 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　　FAX：**03-5291-2176**

事務局使用欄

入会登録日	年　月　日	入会年度	年	会員番号	610-　　-