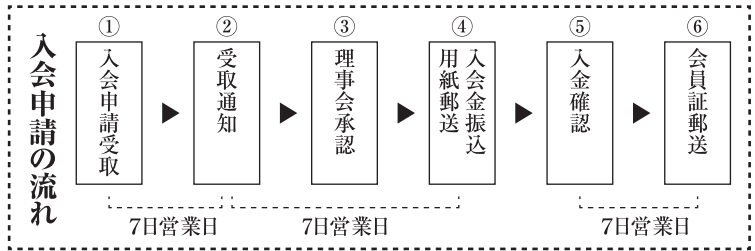


申込日	年	月	日
右表②「受取通知」の受取方法をお選びください。 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX			



※必要事項をご記入の上、FAXまたは当学会本部事務局までご郵送ください。
 ※お申込みされる方は医療施設に勤務されている方、学生は医療系の学校に在籍する方を対象としています。
 ※当学会は会期が4月～翌年3月となりますが、変更が生じた場合には、登録内容変更申請書をご使用頂き、変更手続きを行って下さい。登録内容変更申請書は当学会ホームページからダウンロードできます。
 ※ご記入いただいた個人情報は、当学会会員登録に利用させていただきます。 事務局記入欄

個人情報 ※ご記入いただいた住所が郵送先となります。

ローマ字		性別	男 ・ 女
フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
氏名	印	TEL	
住所	〒	FAX	
E-mail		緊急連絡先	

当学会のメールマガジンに登録を希望されない方はチェックをご記入ください。

※迷惑メール防止対策のためドメイン指定を行っている場合は、「@aroma-jcas.jp」を指定して下さい。
 ※指定受信の設定にしている場合には、設定を解除して下さい。

正会員

勤務先 所属団体名		診療科 又は部課名	
※職種が複数ある場合には記載の上、主たるものに○をつけてください。			
職種		国家資格番号	

準会員 ※医療施設からの離職の場合は、次年度より会員資格が喪失致します。

勤務先 所属団体名		診療科 又は部課名	
職種		勤務先印	
※開業医は院長名、総合病院等の場合は所属長名を下段に明記願います。			
フリガナ		印	
代表者名			

※ 途中卒業や退学等の場合は、次年度より学生会員資格が喪失致します。
 ※ 国家資格取得後より正会員に移行となります。(登録内容変更申請書をご使用頂き、変更手続きを行って下さい。)
 学生会員 ※すでに正会員の方は対象にはなりませんので御了承ください。

学校名	
学部・学科 コース名	

※裏面もご記入ください。

