

## 入会申込書

分類	一般会員
フリガナ 氏 名	
ローマ字	
生年月日	西暦                      年                      月                      日
性 別	1. 男                      2. 女                      (いずれかを○で囲む)
がん検診認定医資格	1. 無                      2. 有                      (番号:                      )

勤務先:

名 称	
住 所	〒
電 話	(                      )
F a x	(                      )

自宅:

住 所	〒
電 話	(                      )
F a x	(                      )

電子メールアドレス	
-----------	--

卒業年度	大学                      学部・大学院                      年 卒業・修了
専 門 科	
連絡及び案内状等送付先	1. 勤務先 所属機関                      2. 自宅 (いずれかを○で囲む)
備 考	

今後、日本がん検診・診断学会の活動に関する案内を、メールで受けとることに  
 同意する                       同意しない

※インターネットでの入会申し込みを受け付けております。  
<http://npojacdd.org/info/cgi-bin/formmail.cgi>