**一般社団法人日本補体学会入会申込書**

**〒960-1295　福島市光が丘1**

**公立大学法人福島県立医科大学**

**免疫学講座内**

**一般社団法人日本補体学会事務局宛**

**Tel：024-547-1148 FAX：024-548-6760**

**E-mail: hotai-gakkai@umin.ac.jp**

**一般社団法人日本補体学会に入会いたします。**

**申込日(西暦) 年　　月　　日**

**ふりがな**

**氏名**

**Name(ローマ字)**

**所属**

**所属先住所　〒**

**郵便等送付先住所　〒**

**（所属先と異なる場合）**

**TEL**

 **FAX**

 **E-mail**

**□学生（学年：　　　学生証番号：　　　　　　　　　　　　　）**

**□指導教員氏名・所属（　　　　　　　　　　　　　　　）**

**□学生証のコピーをお送りください。**