日本 HTLV-1 学会　入会申込書

申込年月日：２０　　年　　月　　日

会員種別	□一般会員　□学生会員	入会年度	年度（会計年度7月～6月）

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏　名		㊞
生年月日	１９　　年　　月　　日	性　別　男　・　女

連絡先	１．所　属	２．現住所

※連絡先（学会誌等送付先）をご指定下さい。

■所属情報■

所属機関（名称及び部署・部課）	（職名　　）
所在地	〒　　－
	TEL：　　（内線　　）　FAX：
	e-mail：

■現住所（自宅）情報■

現住所（自宅）	〒　　－
	TEL：　　FAX：
	e-mail：

■専門領域１（以下から１つ選択）■

□神経内科　□血液内科　□産科婦人科　□皮膚科　□内科　□その他の臨床科（　　）
□微生物学　□免疫学　□薬学　□看護師、助産師、保健師　□その他医師以外の医療職（　　）
□患者・キャリア　□医療関連企業　□その他（内容:　　）

■専門領域２（複数選択可）■

□成人 T 細胞白血病（ATL）　□HTLV-1 関連脊髄症（HAM）　□HTLV-1 ぶどう膜炎(HU)
□その他 HTLV-1 関連疾患　□医療介護　□カウンセリング

■（英文）所属施設名■

■（英文）連絡先住所■

（郵便番号、都道府県、市町村、番地まで明記。所属先を連絡先とする場合には、所属機関名・部署も記載して下さい。）

入会申込書送付先（郵送または FAX）：一般社団法人　日本 HTLV-1 学会事務局
〒112-0012 文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4F 学会支援機構内
FAX：03-5981-6012　e-mail：htlv@asas-mail.jp