肺塞栓症研究会　新規入会申込書

*印のある項目は必須項目です

申込年月日	西暦　　年　　月　　日
* フリガナ	
* 氏　名	
* ローマ字	
* 性　　別	男　　女　（どちらかに○を付けてください）
* 生年月日	西暦　　年　　月　　日 生
出身学校	大学 大学院
卒業年月日	西暦　　年　　月　　日 卒業
専門領域 該当するものにチェック（レ印）を入れてください	☐循環器内科　☐呼吸器内科　☐血液内科　☐心臓血管外科　☐呼吸器外科　☐腹部外科　☐整形外科 ☐産科婦人科　☐集中治療科　☐麻酔科　☐その他（　　）
* 勤務先名	
* 勤務先所属	
* 勤務先住所	〒 TEL：　　FAX：
自宅住所	〒 TEL：　　FAX：
* E-mail	@
* 請求書送付先	勤務先　　自宅　（どちらかに○を付けてください）

（個人情報の取り扱いについて）

・利用目的・・・・・・・・・ このたびご記入いただいた個人情報は、肺塞栓症研究会からの必要なご連絡・会誌の発送のために使用させていただきます。同意いただいた利用目的以外での利用は致しません.

・第三者への提供・・・・・・・・・・・・　あらかじめご本人の同意を得ることなく，個人データを第三者に提供しません

・個人情報の預託・・・・・・・・・・・・　会誌の発送を行う際，社外へ委託しております.

・個人情報提供の任意性・・・・・・・　ご記入いただく個人情報は，ご本人の任意です.

・個人情報の開示・訂正・削除・・・　随時お受け致します.

◇　個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ先：肺塞栓症研究会会員管理事務局　TEL：03-5288-5163