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	@						
* 会誌送付先	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：03-3239-7264