**一般社団法人 日本高気圧潜水医学会**

（届出）**入会****住所変更****勤務先変更****退会**（お選びください）

\*印の項目は記入必須です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*ふりがな |  | | | 会員番号  （↑既会員の方はご記入願います） | | |  |
| \*氏名 |  | | | | | | |
| \*ローマ字 | 性） |  | | 名） |  | | |
| \*生年月日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 生 | | | | | | |
| \*勤務先名称 |  | | | | | | |
| \*部署・役職 |  | | | | | | |
| \*職名 | （お選びください）  医師　 　歯科医師　　臨床工学技士　　看護師　　業者　　研究  その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 年会費  ①医師及び歯科医師（評議員）年額15,000円　②医師及び歯科医師（評議員以外） 年額 12,000 円  ③その他の者 年額 6,000 円　④賛助会員（営利法人）年額100,000円　非営利法人及び個人 年額 30,000 円⑤会誌購読会員の会費 年額 20,000 円  ※入会届ご記入後に返送頂き次第、事務局より入会案内と請求書を送付致します。 | | | | | | | |
| 専門分野 | １. | | ２. | | | ３. | |
| \*①勤務先住所 | 〒 | | | | | | |
| \*勤務先TEL(内線) |  | | | 勤務先FAX |  | | |
| \*勤務先E-mail |  | | | | | | |
| \*②自宅住所 | 〒 | | | | | | |
| 自宅TEL |  | | | 自宅FAX |  | | |
| 自宅E-mail |  | | | | | | |
| \*連絡先 | (会誌等送付先をお選びください)　勤務先 ／ 　自宅 | | | | | | |

○**本会の事業年度は，毎年４月1日から翌年3月31日までとなっております。年度途中に入会した場合も、会費は1年分お支払い頂きます。会費の減免はございませんので、あらかじめご了承下さい。**

○必要事項をご入力の上、maf-jshum@mynavi.jpへお送りください。

**入・退会日** (送信日) 　　　年　 　　月　　 　日