



日本消化管学会事務局 宛 [ FAX : 03-3814-6904 ]

またはホームページから入会 : <https://u27.bestsystems.net/~dcben000/php/form.php>

または郵送先:  
〒112-0005東京都文京区水道2-1-1  
株勁草書房コミュニケーション事業部内  
またはメール添付:  
jga-secretariat@keiso-comm.com  
お問合せ:03-5840-6338

日本消化管学会  
入会申込用紙

申請年月日 年 月 日

「\*」印の項目はご記入必須となっております。

※当学会の会期は、1月1日から12月31日までとなります。

フリガナ* 氏名*			
氏名 ローマ字*	(例) Taro SHOKAKAN		
性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日*	西暦 年 月 日
会員区分*	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 (卒業予定: 年 月) <p style="text-align: right;">※学生会員の方は、「学生証のコピー」をご提出下さい。 卒業予定年月が変更となる場合は必ず事務局まで連絡して下さい。</p>		
勤務先名称* (所属先名)			
部・科・講座*	<input type="checkbox"/> 該当なし	職位	
勤務先住所*	〒		
勤務先連絡先	TEL*	(内線: ) FAX	
	E-mail	@	
自宅住所*	〒		
自宅連絡先	TEL*	FAX	
	E-mail	@	
学歴*	大学	学部	学科 在・卒(西暦 年)
		大学院	在・卒(西暦 年)
職種*	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他	学位	(例) 博士(医学)
専門分野* (8つまで)			
他の主な 所属学会 (6つまで)			
事務局からの 希望連絡先*	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	認定医・代議員名簿 等への所属・氏名の 掲載*	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

※「否」の場合、会員名簿にお名前等が掲載されません。  
また、本学会からの情報提供がなされない場合がありますのでご了承をお願いします。

紹介者	所属機関名	氏名

※※ 紹介者のない方は、「なし」とご記入ください。