事務局 使用欄	郵振送付日	届出受理日	入金確認日	会員番号

日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会　御中

FAX: 03-3816-0766

入　会　申　込　書

年　　月　　日

氏　　名	フリガナ ローマ字表記
入会年度	年　（☐ 次年度学会で発表希望の場合はチェックしてください）
生年月日	年　　月　　日
会員種別 ※　ご希望の種別にチェックして下さい。	☐　正会員（入会金 1,000 円＋年会費 8,000 円） ※　以下の臨時会員は学会発表の非会員著者のみ対象となります。 ☐　臨時会員（2,000 円）
所属機関／勤務先 ※　E-mail は必ずご記入下さい。	名　称 所在地 〒 TEL :　　FAX : E-mail :
自宅住所 ※　E-mail は必ずご記入下さい。	〒 TEL :　　FAX : E-mail :
連絡先・会報等の送付先にチェックして下さい	☐　所属機関　　☐　自宅住所

推　薦　状

上記の者を本学会の会員に推薦いたします。

推薦者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

年　　月　　日

【個人情報の管理について】

お送り頂きました「入会申込書」に記載の個人情報については、日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会が責任を持って管理し、学会の運営ならびに会員への名簿配布に必要な範囲内で利用させていただきます。また、会員相互の研究上の利便性をはかり、会の運営を円滑にする為、当学会の会員に公開することがあります。当学会は、協力会社に一部業務を委託しており、その業務に必要な個人情報を預託することがあります。

なお、個人情報の開示・訂正・削除が必要な場合は、恐れ入りますが、下記お問い合わせ先までお申し出ください。

【お問い合わせ先】 〒113-0033　東京都文京区本郷 2-26-11　浜田ビル 5 階　中西印刷㈱東京営業部内
日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会事務局　　E-mail: jiao@nacos.com