

# 獣医アトピー・アレルギー・免疫学会入会申込書（個人会員）

申込年月日 西暦 年 月 日

下記情報をご記入頂き、事務局宛にFAX送信して下さい。  
 FAX送信先:03-5907-6364 (2014年6月23日以降は移転のため03-5981-9852)

会員種別	ご希望の枠内に○をつけてください	正会員
		勤務会員(動物病院および研究機関に勤務する者)
		学生会員(学部および大学院生)※1
ふりがな		
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日
E-mailアドレス※2	@	
自宅	住所	〒
	TEL	( ) -
	FAX	( ) -
所属先	勤務先名・学校名	
	住所	〒
	TEL	( ) -
	FAX	( ) -
希望連絡先	自宅 ・ 所属先 (いずれかに○をしてください)	

※1 学生会員を希望される場合は、有効期限がわかる鮮明な学生証のコピーをFAX、メール等で事務局宛てにお送りください。

※2 学会からのお知らせが届きます。携帯のメールでは種類によってご覧いただけません。

## 【個人情報に関するご注意】

ご記入頂いた情報は、学会活動に必要な範囲にのみ利用し、ご本人の同意のない第三者への委託・提供等は一切行いません。