日本在宅静脈経腸栄養研究会（JHPEN）　入会申込書（Ａ・Ｂ会員用）

貴会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

申込日：西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 | | | | | | | | | | 名 | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |  | | | |
| 生年月日 |  |  |  |  | | 年 |  | 月 | |  |  | 日 | 性　別 | 男　　　・　　　女 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | １．　勤務先 | | | | ２．　自宅 | | | | ※年会費や事務局からのご案内の発送先をご指定下さい。 | | | | | | | |

■勤務先情報■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線：　　　　　・直通) | | | | | | | | | | | | | | | FAX： |
| E-mail： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職　域 | A：医師　・歯科医師　　　B：看護師　・栄養士　・薬剤師　・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■現住所（自宅）情報■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | | | | | FAX： | |
| E-mail： | | | | | | | | | | | | | | | |

■日本在宅静脈経腸栄養研究会　問い合わせ先

〒565-0871　大阪府吹田市山田丘2-2

大阪大学大学院医学系研究科外科学講座小児成育外科学内

日本在宅静脈経腸栄養研究会事務局

TEL：06-6879-3753　　FAX：06-6879-3759

Mail：JHPEN@pedsurg.med.osaka-u.ac.jp