入 会 申 込 書

国際心血管薬物療法学会日本部会　理事長　殿

フリガナ			男 ・ 女	生年月日 西暦　　年　　月　　日
氏　名				
卒業校			卒業年／　西暦　　年卒	
自　宅 住　所	〒　　－ 都・道 府・県 TEL.		FAX.	
勤務先名称：			部署名： 職名：	
勤務先 住　所	〒　　－ 都・道 府・県 TEL.		FAX.	
	E-mail：			
職　種	1. 医師　　2. 薬剤師　　3. コ・メディカル（薬剤師以外） 4. 医学・薬学研究者（医師・薬剤師以外） 5. その他（　　）			
専門分野または興味のある分野（複数回答可）	1. 冠動脈疾患　2. 心不全　3. 高血圧　4. 不整脈　5. 心臓病学一般 6. その他（　　）			

郵送、ファックス、E-mail 添付にて下記までお申し込みください。

〒112-0012　東京都文京区大塚 5-3-13　小石川アーバン 4F　一般社団法人　学会支援機構
J－ISCP会員管理事務局
Tel: 03-5981-6011　　Fax: 03-5981-6012　　E-mail: j-iscp@asas.or.jp

個人情報は学会支援機構のプライバシーポリシー
http://www.asas.or.jp/asas_contents/about04.html により、細心の注意を払って管理いたします。

以下は事務局使用欄

受付日