抗がん剤曝露対策協議会　会員申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日（西暦） | 年　　　　月　　　　日 |
| 性別 | 男性　　　　女性 |
| ご所属先施設名称 |  |
| ご所属先部署 |  |
| ご所属先住所 | 〒 |
| ご所属先TEL、FAX | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| ご自宅先住所 | 〒 |
| ご自宅TEL、FAX | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| E-Mail |  |
| 連絡先 | 所属先　　　自宅　（○をつけて下さい）オレンジマーブル通信など郵送物の送付先になります。 |
| 職種別 | ・医師（診療科：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・看護師 |
| ・薬剤師 |
| ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

FAX送信先　０３－５８４０－６１３０

<申込書送付先>

特定非営利法人抗がん剤曝露対策協議会事務局代行

（株式会社コンパス内） 担当：高橋美紀・萩原はるな

 〒113-0033 東京都文京区本郷 3-3-11 5F

 　　TEL:03-5840-6131 FAX:03-5840-6130