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>

特定非営利活動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