

## 日本がん予防学会入会申込書

下記のフォームにご記入のうえ当学会の事務局へお送り下さい。

年会費は正会員6,000円、学生会員3,000円となっております。同封の「郵便振替払込書」にてお振込下さい。

日本がん予防学会事務局

〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目6

北海道医師会館6階

TEL:011-241-4550 / FAX:011-222-1526

E-mail:master@jacp.info

会 員 種 別	・正会員 ・学生会員（指導教官の証明が必要(下記)）
ふ り が な ご 芳 名	
ご 所 属	
お 役 職	
勤 務 先 ご 住 所 *自宅の場合に特記を	〒  T E L : (        )        — F A X : (        )        — E-mail :
生 年 月 日	(西暦)        年        月        日
研 究 分 野	<input type="checkbox"/> 臨床 <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 疫学  *いずれかに✓を付けて下さい
ご 連 絡 事 項	

### 学生証明書

上記の者は本学部の学生(大学生・大学院生)であると認める。

ご所属 \_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ (印)