

入会申請画面の入力方法

日本麻酔科学会
Japanese Society of Anesthesiologists

入会申請

【入会申請】
 受付番号 030915292286 入会申請日 2017/03/09
※外国籍で会員名(姓名)に漢字の入力できない場合は、略称名で入力して下さい。
 ※未定は必須項目です。
 ※会員名(英字)は姓・名の順番で入力して下さい。

入会申請区分 1-新規入会

会員名(姓名)*
 会員名(カナ)*
 会員名(英字)*
 Mail-Address
 メールが購読

国籍 日本
 性別 1-男性
 生年月日
 配送区分 主な勤務先
 電話番号
 会員職種区分 1-医師

区番号 区取得日 標榜区番号 標榜区取得日

主な勤務先

国名 日本
 勤務先(offica)*
 所属役職(Station)*
 郵便番号 検索 都道府県
 市町村区(Stata)*
 町域番地(City)*
 建物ビル(Street)*

自宅(拠点)

国名
 郵便番号 検索 都道府県
 市町村区(Stata)*
 町域番地(City)*
 建物ビル(Street)*

施設番号 検索
 代表電話
 内線番号
 直通電話
 FAX番号
 自宅電話
 FAX番号

入会申請 日本麻酔科学会トップページへ

会員名(英字)は姓・名の順番で入力して下さい。
 (例: MASUI HANAKO)
 ※姓と名の間には必ずスペース1文字を入れるようにして下さい。

日付を入力する場合、スラッシュで区切り、西暦をご使用下さい。
 (例: 1992年3月5日の場合、"1992/03/05")

電話番号はハイフン付で入力して下さい。
 (例: 000-000-0000)

主な勤務先・ご自宅情報も入力して下さい。

【所属役職】欄には、
 "麻酔科"などの所属部署や"研修医"などの役職を入力して下さい。

ご勤務先が【認定病院】の場合

- ①「検索」をクリック (新しいページが開きます)
- ②「施設名検索」に施設名入力
- ③「検索」をクリック
- ④該当する施設の左端「選択」をクリック
- ⑤自動で勤務先に反映されます。

ご勤務先が【認定病院以外】の場合

手入力で、施設名や住所などの情報を入力して下さい。

電話番号はハイフン付で入力して下さい。
 (例: 000-000-0000)