

# 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  
 メールが確認

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

生年月日  
 区番号  
 区取得日  
 標準区番号  
 標準区取得日

**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)\*  
 施設番号 検索

代表電話  
 内線番号  
 直通電話  
 FAX番号

**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)\*  
 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)