

新入会マニュアル

1. オンライン入会申し込みボタンから登録

「公益社団法人日本臨床腫瘍学会定款」に同意いただける方は「同意する」にチェックを付け「入会申請に進む」ボタンを押す。

2. 入会申請画面よりオンライン申請

氏名*	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
カナ(カナ)*	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
氏名(ローマ字)*	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
誕生日*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※ yyyy/mm/dd形式、西暦4桁で入力	
性別*	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 ※ いずれか一つを選択	
会員種別*	<input type="radio"/> 正会員 <input type="radio"/> 学生会員 <input type="radio"/> 準会員 ※ いずれか一つを選択	
連絡先*	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先 ※ いずれか一つを選択	

* は必須項目です。

- (1) 氏名
- (2) 氏名(カナ)
- (3) 氏名(ローマ字)
- (4) 誕生日
- (5) 性別
- (6) 会員種別

変更が必要な場合は、お問い合わせフォームより事務局までご連絡ください。

※1 学生会員は学部学生が対象となります。大学院生は一般会員となります。

学生会員の登録には学生証の提出が必須となります。

※2 医師以外の方は、正会員または準会員のどちらかを選択することができます。

正会員と準会員の違いは[こちら](#)をご確認ください。

- (7) 連絡先 お知らせや書類のメール送付先と書類送付先



※(7)で選択した連絡先情報が入力必須となります。

但し、どちらを選択しても所属先の「名称」は必須項目です。

法人格	<input type="text"/> ※ ○○法人, △△財団, ○○会 等
名称*	<input type="text"/> ※ ○○病院, △△大学, ○○クリニック 等
所属部署	<input type="text"/>
住所*	郵便番号* : <input type="text"/>
	都道府県* : <input type="text"/>
	住所* : <input type="text"/> <input type="text"/>
	電話番号* : <input type="text"/> 内線 <input type="text"/>
	FAX : <input type="text"/>
	メール* : <input type="text"/>

<勤務先>

(8)法人格

(9)名称

(10)所属部署

(11)住所


住所*	郵便番号* : <input type="text"/>
	都道府県* : <input type="text"/>
	住所* : <input type="text"/> <input type="text"/>
	電話番号* : <input type="text"/> 内線 <input type="text"/>
	FAX : <input type="text"/>
	メール* : <input type="text"/>
携帯電話	<input type="text"/>

<自宅>

(12)住所

(13)携帯電話



職種*	<input type="radio"/> 医師	<input type="radio"/> 歯科医師	<input type="radio"/> 獣医師
	<input type="radio"/> 薬剤師	<input type="radio"/> 看護師	<input type="radio"/> 放射線技師
	<input type="radio"/> 検査技師	<input type="radio"/> 理学療法士	<input type="radio"/> 臨床試験コーディネータ(CRC)
	<input type="radio"/> 生物統計家	<input type="radio"/> 基礎研究者	<input type="radio"/> データマネージャー
	<input type="radio"/> ソーシャルワーカー	<input type="radio"/> その他	
医籍登録日	<input type="text"/> 		
専門診療科1*	<input type="radio"/> 内科 <input type="radio"/> 外科 <input type="radio"/> その他		
専門診療科2*	<input type="text"/>	▼	※ いずれか一つを選択
専門診療科3	<input type="text"/>	▼	※ 任意選択
専門診療科4	<input type="text"/>	▼	※ 任意選択

(14) 職種 必須項目となりますので必ず選択ください。

(15) 医籍登録日

(16) 専門診療科 1 } 必須項目となりますので必ず選択ください。

(18) 専門診療科 2

(19) 専門診療科 3

(20) 専門診療科 4



名簿公開*	<input type="radio"/> 公開する	<input type="radio"/> 公開しない	<input type="radio"/> 氏名のみ
推薦者*	<input type="text"/>		

(21) 名簿公開 ホームページの資格取得者名簿への公開の可否について選択ください。

(22) 推薦者 推薦を受ける協議員を選択してください。



基本情報	勤務先情報	自宅情報	職種・専門分野
申請日			
姓	臨床		
名	太郎		
姓(カナ)	リンショウ		
名(カナ)	タロウ		
姓(ローマ字)	RINSHO		
名(ローマ字)	TARO		
生年月日	1975/01/01		
性別	男		
会員種別	正会員 ※ 会員種別を変更する際は事務局までお問い合わせをお願いします		
連絡先	勤務先 ※ 連絡先を変更する場合、変更先の住所・メールアドレス等が必須となります		
名簿公開	公開しない ※ 会員名簿、認定資格所有者名簿など学会が公開する名簿への記載方法を選択してください		

入力内容を確認し問題がなければ「完了」を押してください。Web での申請登録はこれで完了です。



3. 申請内容が連絡先 E-mail アドレスに送信されます。

※メールは正時より 20 分毎に自動配信されておりますため、登録後すぐに届かないこともございます。

30 分経過してもメールが届かない場合は事務局にお問い合わせください。



4. 入会申込書の FAX 送信

.....
現時点では入会仮登録中となっております。
本メールを印刷し、下記入会申込書の署名欄に協議員の
推薦(署名)を受け、郵送または FAX にて事務局までお送り下さい。
.....

臨床 太郎 様

この度はご登録いただき、誠にありがとうございます。
入会仮登録が完了致しました。
あなたの会員 ID は下記の通りです。

会員 ID : 22-0001

正式入会后、パスワードをお知らせいたします。
会員 ID・パスワードは大切に保管してください。

本メールをプリントアウトし、
協議員の推薦(署名)を受け
事務局まで FAX または郵送にてご送付ください。

なお、協議員の推薦を受ける際は、
ご自身のご経歴がわかるもの(学会への登録情報)を添えて
協議員にご提出ください。

<<入会申込書>>

会員 ID : 22-0001
会員名 : 臨床太郎

上記の者を日本臨床腫瘍学会会員として推薦いたします。

【協議員署名欄】

印

<入会申込書送付先>
日本臨床腫瘍学会事務局
〒105-0013
東京都港区浜松町 2-1-15 芝パークビル 6 階
FAX 番号:03-6809-1138

2. で選択した連絡先の E-mail アドレスに上記のような「仮登録完了のお知らせ」というメールが送信されます。メール本文(これが申込書となります)をプリントアウトし、【協議員署名欄】に協議員の推薦(署名)を受け、事務局まで FAX または郵送にてご送付ください。

※協議員の推薦を受ける際は、メール本文と一緒にご自身のご経歴がわかるもの(学会登録情報など)を添えて、協議員にご提出ください。



5. 事務局にて申込書を確認の後、E-mailにて正式入会申込完了のご案内をお送りいたします。



6. 1週間程度でお届けする年会費振込票にて、年会費をご納入ください。



7. 入金確認済み E-mail が事務局より配信されます。

★ 以上で入会手続き完了です！