年　　月　　日

埼玉がん薬物療法研究会　世話人会長　殿

　　　　　　　　　　　入　会　届

このたび埼玉がん薬物療法研究会（SSOP）に入会いたしたく、ここに届け出ます。

**入会資格**　　□　正会員　（正会員として入会するには、以下のいずれかの資格が必要です。）

　　　　　　　　　　　　　□　日本医療薬学会　がん指導薬剤師

　　　　　　　　　　　　　□　日本医療薬学会　がん専門薬剤師

　　　　　　　　　　　　　□　日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師

　　　　　　　　　　　　　□　日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療認定薬剤師

　　　　　　□　準会員　　（準会員として入会するにはSSOP会員の紹介が必要です。）

　　　　　　　　　　　　　□　紹介者氏名　　　　　　　　　　　（SSOP会員）

　　　　　　□　賛助会員

**入会者氏名・（シメイ）**

　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）

**勤務先・所属先名**

**メーリングリストに登録するメールアドレス**

　　　　　　　　　　　　　　　　＠

**薬剤師経験年数**　　　　　　　　　　年

**最終学歴と卒年**　　　　　　　　　　　　大学・大学院　　　　　　　　　　年卒

**関わっている癌腫　（複数選択可）**

【　】大腸がん　　【　】乳がん　　【　】肺がん　　【　】胃がん　　【　】血液がん

【　】婦人科がん　【　】肝胆膵がん　【　】泌尿器がん　【　】脳腫瘍　【　】骨肉腫

【　】小児がん　　【　】家族性腫瘍　　【　】緩和ケア　　【　】特になし

※　本書式の記載内容をメール等で申請することにより入会届に代えることができます。