●日本認定遺伝カウンセラー協会　入会申込書兼登録確認書●

下欄に必要事項をご記入いただき、事務局へ郵送またはメール添付にてお送りください。

|  |
| --- |
| **送付先／連絡先**  E-mail： [cgc-office@umin.ac.jp](javascript:WriteMail('cgc-office@umin.ac.jp'))  住所： 〒606-8507　京都市左京区聖護院川原町54  京都大学医学部附属病院 遺伝子診療部内  　　　 　　日本認定遺伝カウンセラー協会　事務局 |

※印は記入必須です

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | （西暦） | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ※フリガナ |  | | | |  | | | |
| ※氏名 | （姓） | | | | （名） | | | |
| ※認定番号 |  | ※認定取得年度 | | |  | | | 年 |

以上の内容は、協会HPに掲載いたします。

**以下の内容は、協会会員限定HP上への掲載内容についてもお聞きします。**

* ※印は記入必須です。
* チェックボックスが示されている項目については、チェックをお願いします。
* 以下の内容のうち、**所属機関・部署名**および**E-mailアドレス**については、ご本人の了承が得られている場合に限り**協会会員限定HP上に掲載いたします。**掲載の可／不可について選択してください。
* **E-mailは必ずパソコンのアドレス**を記入してください。携帯アドレスはご遠慮ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | □自宅　　　　□勤務先 |  |
| ※郵便番号 |  |  |
| ※住所 |  |  |
| 所属機関・部署名 |  | □可　□不可 |
| ※E-mail(PC) |  | □可　□不可 |
| ※TEL |  |  |
| FAX |  |  |

**その他連絡先**

上記（主な連絡先）以外の連絡先がございましたら、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | □自宅　　　　□勤務先 |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| 所属機関・部署名 |  |
| E-mail(PC) |  |
| TEL |  |
| FAX |  |