

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・入会案内」の規約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。

入会案内

日本臨床腫瘍学会（JSMO）では、以下の入会案内に賛同いただける皆様のご入会を心より歓迎いたします。

JSMOの目的
この法人は、がんの患者やその家族及びそのがんの研究者等を対象として、がんの医療に関する国内外の情報の調査研究、普及啓発を行い、がんに対する診療技術の向上を促進・振興するとともに、関連団体との連絡、連携を図る事業を行い、もってがんに対する治療成績の向上を通して、公共の福祉に貢献することを目的とする。

JSMOの事業
第4条 この法人は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。
(1) がんの医療に関する、発表集会、シンポジウム、講演会等の事業
(2) がんの医療に関する、情報収集と情報提供の事業
(3) がんの医療について活動する、国内外の団体との連絡と連携事業
(4) 国内外のがんの医療に関する研究を援助し、推進する事業
(5) がんの薬物治療の専門家（がん薬物療法専門医）の養成に関する事業
(6) がんの薬物治療の専門家（がん薬物療法専門医）の認定基準の策定、公表、認定に関する事業
(7) その他前条の目的を達成するために必要な事業

ご登録の際は規約へのご同意が必要です。
以下をよくお読みになり、ご同意された場合は「同意する」にチェックを付け「入会申請に進む」ボタンを押してください。

☐ 上記目的・事業内容および当学会の定款内容に同意する(必須)
☐ 当学会の個人情報保護方針に同意する(必須)
☐ 会員規程第3条第2項に定義する反社会的勢力に該当していません(必須)

入会申請に進む

2. 入会申請画面よりオンライン申請

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

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。
- (5) 性別

(6) 会員種別

※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 研修医会員は初期研修医(1年目/2年目)が対象となります。後期研修医は正会員となります。研修医会員の登録には在職証明書(所属長捺印, 任意形式)が必須となります。
- なお、登録時の申告に従い、初期研修終了後は自動的に正会員に切り替わります。
- ※3 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"/>
	住所*: <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"/>
	住所*: <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* ☐ 公開する ☐ 公開しない ☐ 氏名のみ

(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。



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、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。



5. 事務局にて申込書を確認の後、E-mail にて入会申込完了および年会費のご納入のご案内をお送りいたしますので、お支払いをお願いいたします。



7. 事務局にて入金確認後、入金確認 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！

※なお、定款により、理事会の承認をもって正式入会となりますが、入会受付の時点(受付日)から、仮入会の会員として、連絡および各種会員サービスがご利用いただけます。