

日本先進医療臨床研究会 入会申込書

氏 名	⑩
ローマ字	
生 年 月 日	西暦 年 月 日
医 療 資 格	<input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 歯科医 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
医 師 免 許 登 録 番 号	第 号
登 録 年 月 日	西暦 年 月 日
専 門 分 野	
所 属 先 名 称	
役 職	
所 在 地	〒 TEL: (内線 ) FAX: E-mail:
自 宅 住 所	〒 TEL: FAX: E-mail:
学 歴	学校名 : 学部名 : 卒業年次 (西暦) : 年
紹 介 者	

\* 当会は医師・歯科医師のみ入会出来ます。入会金・年会費は無料です。

\* 本申込書を、契約書、医師免許写しと共に、郵送にて下記住所までご提出をお願いします。

\* 本会は会員の個人情報を会員の同意や法令に基づき公的機関等からの要請がない限り第三者に譲渡、開示することはありません。又、会員から個人情報の開示の中止、訂正、削除のお申し入れがあったときは、適切な対応をいたします。