

日本先端医療臨床応用学会 入会申込書

氏 名	Ⓜ
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	

*入会金 5000 円・年会費 1 万円 (※2017 年 12 月までの入会者は入会金・年会費を免除致します。)

*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。

*今後、日本先端医療臨床応用学会からのお知らせが不要な場合は、事務局までご連絡ください。