

**【副会員】日本先進医療臨床研究会 入会申込書**

氏 名	Ⓜ
ローマ字	
生 年 月 日	西暦 年 月 日
医 療 資 格	名称：
医 療 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	

\*年会費：副会員の年会費は年間1万円+税です。（※但し2022年3月末日まで年会費無料です。）

\*本申込書写し/PDF、契約書、医師免許写しをメール/FAXにて当会宛にご提出ください。

\*本会は会員の個人情報を知り、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。