

申込年月日： 20 年 月 日

【医師・歯科医師】日本先進医療臨床研究会 入会申込書

氏 名	(印)
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	

*年会費：医師・歯科医師、一般会員は年間1万円＋税、賛助会員は年間10万円＋税です。ご入金確認後、会員証を自宅住所宛に郵送致します。別住所への郵送をご希望の方はご連絡ください、
(振込先口座：みずほ銀行 八重洲口支店 普通 2552470 社) 日本先進医療臨床研究会)

*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ください。

*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。