

一般社団法人日本先進医療臨床研究会 賛助会員入会申込書

申込法人			
法人名か			
法人名			
所在地	住所	〒	
	電話		FAX
URL			

担当者1			
担当者名か			
担当者名		部署	役職
電話番号	携帯電話		
	携帯以外		
メールアドレス			

担当者2			
担当者名か			
担当者名		部署	役職
電話番号	携帯電話		
	携帯以外		
メールアドレス			

単位：円

申込種別 費用	申込該当欄にチェック願います		金額	口数
	<input type="checkbox"/>	年会費（年間）		100,000+税
<input type="checkbox"/>	症例研究のホームページ掲載希望（年間）		200,000+税	
合計（振込金額の合計をご記入下さい）				

1. 入会申込書に記入後、事務局あてにFAXまたはFメール添付（PDF）にてお送り下さい。
2. お振込手数料はご負担をお願いいたします。
3. お振込いただいた時点で正式なお申込みとさせていただきます。
4. 入金確認後、事務局から確認のメールまたはFご連絡（電話・FAXなど）をさせていただきます。
5. お振込後の理由の如何を問わずキャンセル・返金はできません。あらかじめご了承ください。

お申込み e mail : info@jscsf.org または FAX 03-4333-0803

振込先	
銀行名	ジャパンネット銀行(0001)
支店名	ビジネス営業部(005)
<input type="checkbox"/> 座種別	普通預金
<input type="checkbox"/> 座番号	2519873
振込先名	一般社団法人日本先進医療臨床研究会