

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"/>	会費（年間）		100,000+税
<input type="checkbox"/>	ホームページへの掲載希望			
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、事務局あてメールまたはFAXにてお送り下さい。
2. お振込手数料はご負担お願いいたします。
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、事務局から確認メールまたはFAXをいたします。
5. お振込後のキャンセル、返金はできませんので、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	みずほ銀行(0001)
支店名	八重洲口支店(026)
口座種別	普通預金
口座番号	2552470
振込先名	一般社団法人日本先進医療臨床研究会