

一般社団法人日本先進医療臨床研究会 サポーター会員入会申込書

申込代表者			
か			
申込者			
所在地	〒		
	電話	FAX	
メールアドレス			

ご家族会員・登録氏名		
家族(1) か		携帯
家族(1) 氏名		メール
家族(2) か		携帯
家族(2) 氏名		メール
家族(3) か		携帯
家族(3) 氏名		メール

単位：円

申込種別	申込該当欄にチェック願います		金額	合計
	費用	<input type="checkbox"/>	年会費(年間)	5,500円
	<input type="checkbox"/>	臨床研究の最新情報メールの配信を希望します。	無料	
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. お振込手数料を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 : mail@jscsf.net または FAX 03-4333-0803**

振込先	
銀行名	PayPay銀行(0033)
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