

【正・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	<input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 歯科医 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()
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	

*会費：正・副会員は入会金1万円+年会費1万円+税です。

*本申込書写し、契約書、医療免許写しをメール/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。