

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

申込者（※法人・団体の場合は法人名・団体名、個人の場合は個人名をご記入ください。）

加			
申込名			
所在地	住所	〒	
	電話		FAX
URL			

担当者1			
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		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	合計
	<input type="checkbox"/>	入会金（55,000円）/年会費（110,000円）		
<input type="checkbox"/>	素材のロット単位での卸購入を希望します		素材ごと	
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