一般社団法人 日本先進医療臨床研究会　御中

申込年月日：　20　　年　　月　　日

【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	□医師・□歯科医・□獣医・□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: 医療機関 E-mail:
自　宅　住　所	〒 TEL:　　FAX: 個人使用 E-mail:
携　帯　番　号	治療・研究の確認は基本的に携帯 SMS を使用します。お持ちの方はご記載ください。 携帯 TEL：　　（□使用なし）
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。

JSCSF 日本先進医療臨床研究会
一般社団法人 日本先進医療臨床研究会
〒103-0028 東京都中央区八重洲 1-8-17 新槇町ビル 6F
TEL：03-5542-1597　FAX：03-4333-0803
Mail：mail@jscsf.net　HP：http://jscsf.org/