

財)日本胎盤臨床医学会

事務局:〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

TEL:03-6264-2991 FAX:03-6264-3016

この入会フォームのすべての事項をご記入になり、FAX あるいは郵送でお申し込みください。
医療法人の場合は、法人名とクリニック名をご記入下さい。入会金と年会費を下段の口座にお振込みいただき、ご入金を確認後、登録証、会員証等をお送り致します

専 門 会 員 A (医 師) 入 会 申 込 書

Membership Application Form For Membership M.D. Only

氏名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

学位 (Degree) (MD.DDS.) _____ 出身大学 _____

性別 (Gender) 男 (Male) 女 (Female) 生年月日 _____ 19 _____ / _____ / _____

所属施設名

_____ 診療科目 _____

所属施設・住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

ご自宅・住所 (Residence) 〒

TEL: _____ FAX: _____

e-mail: _____

書類の送付・宛て先 : 勤務先 個人・ご自宅 ←丸をつけてください

※ご紹介者・氏名 _____ ご紹介者・所属施設名 _____

お振込先 : **三菱東京UFJ銀行 月島支店 普通 0088594 財)日本胎盤臨床医学会**
合計金額 17,000 円 (内訳: 入会金¥5,000 年会費¥12,000)

事務局記入

申込み日:

ご入金日:

会員No.:

有効期間:

~

Y · U · K · M · J (

)

