

財)日本プラセンタ医学会

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 B (歯科医師) 入会申込書

Membership Application Form For Membership M.D. Only

氏名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

学位 (Degree) _____ 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: _____

※書類の送付先 : どちらかに ✓ を付けてください。

所属施設 ご自宅

※ご紹介者・氏名 _____ ご紹介者・所属施設名 _____

※プラセンタ注射薬メーカー (メルスモン製薬 (株) 、 (株) 日本生物製剤) MR の紹介を希望されますか。

する しない

お振込先 : 三菱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 (

)

FAX : 03-6264-3016

アンケートにご協力をお願い致します。

メディア掲載、患者様からのお問合せの際に、ご案内させていただく場合があります。
お手数をお掛け致しますが、詳細についてご記入いただければ幸いです。

施設名〔 〕

登録者名〔 〕

1. 日本プラセンタ医学会をご存知でしたか？

- a. はい b. いいえ

2. a.とお答え頂いた方は、何でお知りになりましたか？

- a. 本会会員からの紹介 b. ホームページ c. その他()

※ご紹介者をご記入ください。 ご紹介者氏名・施設名()

3. プラセンタ療法についてご記入ください。

- a. 現在プラセンタ療法を行なっている b. これからプラセンタ療法を行なう予定
c. 今のところプラセンタ療法を行なう予定はない

4. aとお答えいただいた場合の治療についてご記入ください。

- a. 保険診療のみ b. 自由診療のみ c. 保健診療、自由診療どちらも行なっている

5. 投与方法についてご記入ください。

例) 皮下注射、筋肉注射、ツボ注射、静脈注射、点滴

()

6. 静脈注射、点滴をしている場合、どこで静脈注射、点滴をお知りになりましたか？

()

7. 治療費用についてご記入ください。

例) 初診料 2000 円、1A 1,000 円 2A 2,000 円 4A 4,000 円

ツボ注射はプラス 2,000 円

()

8. プラセンタの健康食品を取扱っていますか？

- a. 取扱っている b. これから取扱う予定 c. 今のところ取扱う予定はない

9. aとお答えの方は、取扱い製品名についてご記入ください。

()

10. ホームページはございますか？

- a. ある(URL:) b. ない

アンケートにご協力を頂きまして有難うございました。

財)日本プラセンタ医学会

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

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