

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

正 会 員 入会申込書 (専門会員以外の医療・健康・美容分野の事業者及び従事者)

氏名 (漢字) \_\_\_\_\_ (ローマ字) \_\_\_\_\_

性別 (Gender)  男 (Male)  女 (Female) 生年月日 (Date of Birth) \_\_\_\_\_

健康関連資格 (Healthcare licenses)

具体的に記入願います。(例:エステティシャン CIDESCO 認定)

\_\_\_\_\_

所属施設名 \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_

所属施設・住所 (Address of organization) 〒

\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 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)

※お振込みの際は、振込名義名に施設名のみ、または、入会者名を記帳ください。医療法人名  
を記帳されますと入金確認ができない場合があります。

※ご入金を確認後、会員証を送付致します。

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 (

)