

**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

**賛助企業、賛助会員 入会申込書**

氏名 (漢字) \_\_\_\_\_ (ローマ字) \_\_\_\_\_

生年月日 (Date of Birth) \_\_\_\_\_

性別 (Gender)  男 (Male)  女 (Female)

企業名 (Name of Company) \_\_\_\_\_

部署名 (Division name) \_\_\_\_\_ 役職 (Post) \_\_\_\_\_

企業住所 (Address of Company) 〒

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

※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**  
賛助金/年間 1 口 20 万円

**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 (

)