

**財)日本胎盤臨床医学会**

事務局:〒104-0054 東京都中央区勝どき 6-3-2-3921

TEL:03-6264-2991 FAX:03-6264-1251

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・美容分野の有資格者他)**

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)

薬剤師・正看・准看・栄養士・その他 \_\_\_\_\_

※ その他には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 ( \_\_\_\_\_ )