



入会申込書 【学生会員用】

提出 年月日	(西暦)	年	月	日
-----------	------	---	---	---

私は、一般社団法人 日本先制臨床医学会の目的並びに活動趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

氏名	日本語カナ					
	アルファベット表記					
	漢字表記					
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
大学・学校名						
所属学部 学科・コース等						

通学先 情報	住所	〒			
	代表電話				
自宅 情報	住所	〒			
	電話	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 携帯			
	FAX				
	E-mail				

学会からの郵送物等は基本のご自宅へお送りします。ご自宅以外の送付先を希望される場合は、以下にご記載をお願いします。

(郵便物送付先)

〒				

納付年会費額	3,000円
--------	--------

※会費については、お申込書をいただいた後に事務局よりご連絡申し上げます。