

**JSPCM**  
日本先制臨床医学会

事務局FAX 03-3868-5177

TEL 03-3868-5178 MAIL office@jspcm.org

## 入会申込書 【学術特別会員用】

※学術特別会員のお申し込みには、正会員（医師、歯科医師）の紹介を必要とします

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。

申込者 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

紹介者	氏名	
	病院・ 医院名	

申込者 連絡先	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的に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、お申込書を頂いた後に事務局よりご連絡申し上げます。