



## 入会申込書 【特別会員用】

※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。