



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, 0 0 0 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。