


**JSPCM**  
 日本先制臨床医学会

**事務局FAX 050-3730-8505**

TEL 03-6240-0179 MAIL office@jspcm.org

## 入会申込書 【賛助会員用】

提出年月日	(西暦) 年 月 日
-------	------------

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、賛助会員として入会を申し込みます。

企業・団体名  (個人の場合は氏名)	日本語カナ			
	英語 (アルファベット) 表記			
	漢字表記			
(個人賛助会員) 生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

### 賛助企業・団体情報

連絡先	住所	〒		
	電話			
	F A X			
	E-mail			

### 個人賛助会員情報

連絡先  ご担当者様	住所	<input type="checkbox"/> 本社 <input type="checkbox"/> 支社等	〒	
	氏名	カナ		
		漢字		
	電話	<input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> ダイヤルイン		
	F A X	<input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> ダイヤルイン		
	E-mail			

納付年会費額	一口 100,000円 ( ) 口 = 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。