

【正・副会員】理論医学臨床研究学会 入会申込書

氏 名	⑩
ローマ字	
生 年 月 日	西暦 年 月 日
医 療 資 格	☐ 医師・ ☐ 歯科医・ ☐ 獣医・ ☐ その他（ ）
医 療 免 許 登 録 番 号	第 号
登 録 年 月 日	西暦 年 月 日
専 門 分 野	
所 属 先 名 称	
役 職	
所 在 地	〒 TEL: (内線) FAX: 医療機関 E-mail:
自 宅 住 所	〒 TEL: FAX: 個人使用 E-mail:
携 帯 番 号	治療・研究の確認は基本的に携帯 SMS を使用します。お持ちの方はご記載ください。 携帯 TEL : (□使用なし)
学 歴	学校名 : 学部名 : 卒業年次 (西暦) : 年
紹 介 者	

* 会費：正・副会員は入会金 1 万円＋年会費 1 万円＋税です。

* 本申込書写し、契約書、医療免許写しをメール/FAX にて当会宛にご提出ください。

* 本会は会員の個人情報を知り、会員の同意や法令に基づき公的機関等からの要請がない限り第三者に譲渡、開示することはありません。又、会員から個人情報の開示の中止、訂正、削除のお申し入れがあったときは、適切な対応をいたします。

1. 入会申込書に記入後、事務局あてにFAXまたはFメール添付（PDF）にてお送り下さい。
2. お振込手数料はご負担をお願いいたします。
3. お振込いただいた時点で正式なお申込みとさせていただきます。
4. 入金確認後、事務局から確認のメールまたはFご連絡（電話・FAXなど）をさせていただきます。
5. お振込後の理由の如何を問わずキャンセル・返金はできません。あらかじめご了承ください。
6. お振込口座名義は、『不老長寿株式会社』となっております。当学会の事務局を務めておりますので、安心してお振込みください。

お申込みは、 e mail : mail@scrtm.jp または FAX 050-1785-5454

【銀行名】 PayPay銀行(0033) 【支店名】 ビジネス営業部(005)

【口座種別】 普通預金 【口座番号】 7533316 【振込先名】 不老長寿株式会社