

入会申込書

一般社団法人日本老化制御医学会
理事長 中村 仁信 殿

貴医学会の趣旨に賛同し、また、貴医学会の情報保護指針を理解し、
入会を申し込みます。
会費は入会承認後、貴会からの請求書に従って納入致します。

年 月 日

入会希望者氏名: _____

入会希望者氏名	印
性別・生年月日	男性・女性 西暦 年 月 日 生
所属先名称	
郵便番号 ご住所 電話番号	〒 TEL
URL	
掲載許諾 ○をつけて下さい	上記URLを貴医学会ホームページに掲載することを (許諾する・許諾しない)
メールアドレス	
資格 ○をつけて下さい	正会員：医師・歯科医師 準会員：薬剤師・保健師・看護師・助産師・臨床検査技師・衛生検査技師・ 放射線技師・医療機関事務職 その他()
紹介患者 ○をつけて下さい	貴会事務局よりの紹介患者は(応諾します・お受けできません)

入会申込書送付先: (FAX:03-5403-6441)

一般社団法人日本老化制御医学会 事務局宛