

(正会員)

一般社団法人 日本美容再生医療学会 御中

送信年月日: 年 月 日

一般社団法人 日本美容再生医療学会 入会申込書

氏名	印
ローマ字	
生年月日	西暦 年 月 日
医療資格	<input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 歯科医 ・ その他()
医師免許登録番号	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 : E-mail :
自宅住所	〒 TEL : FAX : E-mail :
学歴	学校名: 学部名: 卒業年次(西暦): 年
紹介者	

*入会金5万円・年会費3万円(但し、初年度年会費無料)

*本申込書を下記FAXもしくはメール送付にて提出お願いします。

*本会は、会員の個人情報を、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時は、適切な対応を致します。

*今後、日本美容再生医療学会からのお知らせが不要な場合は、事務局までご連絡ください。

一般社団法人 日本美容再生医療学会

〒541-0053 大阪市中央区本町4-4-17 RE-012ビル9階 TEL:06-6210-1871 FAX:06-6210-1784

メールアドレス:info@jsarm.jp ホームページアドレス:http://jsarm.jp/