

賛助会員入会申込書

一般社団法人 日本先進医療医師会 御中

一般社団法人 日本先進医療医師会の目的に賛同し、入会を希望致します。

平成 年 月 日

法人名（社印捺印）：

代表者名：

所在地：

学会誌郵送先（上記と異なる場合記入）：

担当部署：

担当者名：

電話番号：

F A X 番号：

業種：

備考：入会金 0万円 年会費 12万円

振込先：みずほ銀行 品川支店（店番 195）普通預金 口座番号 1492406

口座名：一般社団法人 日本先進医療医師会

送付先：〒108-0075

東京都港区港南2-3-1 大信秋山ビル4F 一般社団法人 日本先進医療医師会
Tel. 03-6433-0845