

入会申込書（個人）

一般社団法人 日本先端医療技術交流協会代表理事

秦 霞様

私は貴協会の主旨と目的に賛同し貴協会に入会します。

個人の場合 入会費：0円、月会費：0円

申請年月日	(西暦) 年 月 日
お名前 (必須)	
フリガナ or ローマ字 (必須)	
生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先名	
職種 (必須)	
勤務先郵便番号住所	
勤務先電話/ファックス	
自宅住所	
自宅 or 携帯電話番号	
メールアドレス	
ご希望連絡先 (必須)	
メッセージ本文	

※協会の入会日に関わらず、会期は毎年4月から翌年3月までの1年間です。、途中入会の会費は変わりません入金確認日から翌年3月末までとなります。ご了承ください。