



テロメア最先端医療医学学会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

会員区分*	1. 法人会員 (<input type="checkbox"/>) 2. 一般会員 (<input type="checkbox"/>) 3. 賛助会員 (<input type="checkbox"/>)	入会年度	年度
-------	--	------	----

*ご希望の会員区分に○印をつけてください。尚、賛助会員は口数（一口 50,000 円）もご記入ください。

	姓 (Family name)	名 (Given name & Middle name)
ふりがな		
氏 名		
生年月日	西暦	年 月 日 性別 男 ・ 女

■所属（勤務先）情報

名 称	部署・役職	
所 在 地	〒	
	Tel.	Fax.
	E-mail	

■現住所（自宅）情報

現 住 所	〒	
	Tel.	Fax.
	E-mail	

連絡先*	1. 勤務先	2. 自宅
------	--------	-------

*ご希望の連絡先（郵送物送付先）に○印をつけてください。

Mail List*	1. 登録する	2. 登録しない
------------	---------	----------

*当学会から定期的にお知らせするニュースレターリスト

■職業情報

職種・職業	
-------	--

■振込先口座

銀行支店：みずほ銀行 浜松町支店
口座番号：普通 1581083
口座名義：社) テロメア最先端医療医学学会 シャ) テロメアサイセンタンイリョウイ

■申込書送付先

一般社団法人テロメア最先端医療医学学会
事務局 宛
〒104-0061
東京都中央区銀座 8-18-4 THE FORME GINZA 8F
Tel. 03-6264-7056 Fax.03-6264-7067
E-mail info@telomere.or.jp

*ご回答頂いた個人情報は、学会の目的に沿った利用のみとし、その取扱いは個人情報保護法に基づくものと致します。