

# 入 会 申 込 書

一般社団法人

iBTA再生医療研究会 事務局 行

申込日		西 暦		年	月	日
姓 名	(フリガナ)		性 別	(いずれか○で囲む) 男 ・ 女		
	(姓)	(名)	生 年 月 日	西 暦 年 月 日 (満 歳)		
所 属 機 関 名	(フリガナ)		職 業	(いずれか○で囲む) 医師・獣医師・歯科医師・看護師 獣看護師・研究者・その他医療関係者		
所 属 機 関 住 所	(フリガナ)		T E L			
	〒 -		F A X			
自 宅 住 所	(フリガナ)		T E L			
	〒 -		F A X			
連 絡 先	(いずれかを○で囲む) 上記所属機関住所 ・ 上記自宅住所 ※本会に関する連絡先及び書類送付先となります。					
		Eメールアドレス	@			
学 歴	大学 (学校名)		学 部 名	西 暦 ( ) 年 卒 業		
	大学院 (学校名)		課 程	博 士 ・ 修 士 西 暦 ( ) 年 卒 業		
	博士号	(いずれかを○で囲む) 有 ・ 無 西 暦 ( ) 年 取 得 専 門 分 野 ( )				
資格免許番号						
入会動機		<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> 学会参加 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他				

**個人情報の取扱いに関して：**

●本申込書に記入された個人情報につきましては、当会に関する各種情報のご案内、及び関連サービスにのみ利用致します。

**ご入会には初年度年会費5,000円が必要となります。**

●本申込書を送付後、下記振込口座までご入金ください。 ●本申込書及びご入金確認後に申込受付完了となります。

**送付・連絡先**

〒104-0033

東京都中央区新川2-13-11内田ビル4階

一般社団法人 iBTA再生医療研究会 事務局

TEL:03-3551-0356 FAX:03-3551-0350

振込口座

りそな銀行 麻布支店 (700)

[口座番号]普通 1843180

[口座名義]一般社団法人iBTA再生医療研究会  
シャ) アイピータサイセイイリヨウケンキョウカイ

※振込手数料はお申込者様負担となります。