

賛助会員入会申込書

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
(フリガナ) 団体名・社名				
所在地又は住所	〒 -			
代表者又は責任者	(役職名) (氏 名)			
賛助会費	賛助会費 (年額)		加入口数・賛助会費額	
	1 口 100,000円	口	円	
担当者 (連絡先)	(部署名) (氏 名)		(TEL) (FAX)	
資料送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所の「代表者又は責任者」役職名あて送付 <input type="checkbox"/> 上記住所の「担当者」役職名あて送付 <input type="checkbox"/> その他 []			
当研究会から発行する資料等への、貴団体・貴社のお名前・所在地の掲載の可否 (可 ・ 否)				
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。

ご入会には初年度協助会費が必要となります。

- 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ウウカイ
 ※振込手数料はお申込者様負担となります。