

国際医科学研究会 会員申込書

FAX: 03-6709-8843

お 名 前	(ふりがな)
ご 所 属	企業名：
	住所： 〒 -
	Tel： - - Fax： - -
ご 連 絡 先	(上記ご所属住所と別のご連絡先をご希望の場合にご記入下さい。)
	〒 -
E-mail アドレス (* 必須)	
会 費	<input type="checkbox"/> 正会員 (入会金 無料 / 年会費 5,000 円)

●国際医科学研究会では、会員サービスとして会員向けに研究会に関する情報をメールにて配信しています。

配信メールを希望されない方は、下記の記載にチェックをしてご返信下さい。

メールマガジンの配信を希望しません。

【個人情報の管理について】

当会は、会員の方々からご提供いただいた個人情報については、個人情報に関する法令、規範および研究会の諸規定に則り適正に管理いたします。

NPO 法人 国際医科学研究会 運営事務局

〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-13-10

武蔵野ビル 5F 11 号

Tel: 03-6709-8842 Fax: 03-6709-8843