

TEL 03-3868-5178 MAIL jssccs@jssccs.org

入会申込書 【一般会員用】

提出 年月日	(西暦) 年 月 日
-----------	------------

私は、一般社団法人日本臨床培養上清研究会の目的並びに活動趣旨に賛同し、
入会を申し込みます。

氏名	日本語カナ	
	アルファベット表記	
	漢字表記	
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

保有資格または職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師
	<input type="checkbox"/> 大学・短大教員 <input type="checkbox"/> 専門学校教員 <input type="checkbox"/> その他教育・研究従事者 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学・作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼・灸・あんま・マッサージ師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員・介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の医療・医学研究従事者

勤務・ 所属先名		役職 職位	
-------------	--	----------	--

連絡先 情報	住所	〒	
	電話		
	FAX		
	E-mail		

納付年会費額	一括払い11,000円 (毎年3月末支払い) または月払い 1,100円 (年間13,200円)
--------	--

* 会費については、お申込書を頂いた後に事務局よりご連絡申し上げます。