

年 月 日

一般社団法人
日本医療機器学会 御中

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-39-15

FAX 03-3814-3837

正 会 員 入 会 申 込 書

| | |
|--------------------|------------------------------|
| ローマ字 | |
| 入会者氏名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 勤務先名 | |
| 所属部署 | |
| 職名または役職名 | |
| 勤務先住所 | 〒 TEL FAX E-mail |
| 自宅住所 | 〒 TEL FAX E-mail |
| 専門分野 (外科, 麻酔等) | |
| 推薦正会員名 (必須記載項目) | |
| 入会希望理由 | (推薦正会員名を記載できない場合, 必ずご記載ください) |

(注 意 事 項)

1. 正会員は個人に限ります。
2. 各項目は必ず記入してください。
3. 正会員の権利については定款をご参照ください。
4. 学会誌・文書は(勤務先: 自宅)へお送りします。
(ご希望の送付先に○印をお付けください)
5. 入会金(1,000円)・年会費(8,000円), 合計9,000円は,
本会の下記口座へお振込ください。(振込手数料はご負担願います)
(銀行振込) みずほ銀行 本郷支店 普通預金 1087454
口座名義 一般社団法人 日本医療機器学会
(ゆうちょ銀行) 00190-3-63694 加入者名 一般社団法人 日本医療機器学会