

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