入　会　申　込　書

一般社団法人
臨床水素治療研究会 事務局 行

申込日	西暦　　年　　月　　日		
姓名	（フリガナ） （姓）　（名）	性別	（いずれかを○で囲む） 男　・　女
		生年月日	西暦　　年　月　日（満　　歳）
所属機関名	（フリガナ）	職種	（いずれかを○で囲む） 医師 歯科医師
		役職名	
①所属機関住所	（フリガナ） 〒□□□-□□□□ 都道府県　市区町村	TEL	（　　）　—
		FAX	（　　）　—
②自宅住所	（フリガナ） 〒□□□-□□□□ 都道府県　市区町村	TEL	（　　）　—
		FAX	（　　）　—
連絡先	（いずれかを○で囲む） 上記①所属機関住所　・　上記②自宅住所　※本会に関する連絡先および書類送付先となります		
	Eメールアドレス	＠	
学歴	学部卒業（学校名）	学部名	西暦（　　）年卒業
	大学院（学校名）	課程	博士　・　修士 西暦（　　）年卒業
	博士号	（いずれかを○で囲む） 有　・　無　西暦（　　）年取得　専門分野（　　）	
資格免許番号			
入会動機	□紹介(　　)　□ダイレクトメール □学会参加（　月　日）　□ホームページ □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、及び関連するサービスにのみ利用いたします。

ご入会には入会事務手数料12,000円が必要となります。
●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。
●本会は有資格者(医師・歯科医師)のみご入会いただけます。申込・手数料入金にかかわらず資格確認ができない場合はご入会をお断りさせていただいております。

送付・連絡先：
〒102-0083
東京都千代田区麹町 6 丁目 6-1 長尾ビル 7F
一般社団法人 臨床水素治療研究会 事務局
TEL.03-3221-6313　FAX.03-3230-0302
http://h2-therapy.com

振込口座
楽天銀行　第二営業支店　(252)
[口座番号] 普通　7316815
[口座名義] 一般社団法人 臨床水素治療研究会
シャ) リンショウスイソチリョウケンキュウカイ
※振込手数料はお申込者様負担となります