

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	
	(フリガナ)			生 年 月 日 (満 歳) 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	
	ホームページURL ()				
① 所 属 機 関 住 所	(フリガナ)	〒 [][] - [][][]		TEL () - ()	
	都 道 府 県 市 区 町 村			FAX () - ()	
② 自 宅 住 所	(フリガナ)	〒 [][] - [][][]		TEL () - ()	
	都 道 府 県 市 区 町 村			FAX () - ()	
連 絡 先	上記①所属機関住所 ・ 上記②自宅住所 (いずれかを○で囲む)			※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		<input type="checkbox"/> 紹介 () <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 学会参加 (月 日) <input type="checkbox"/> ホームページ			
公開可能な診療所		※研究会公式HP及び関連HPなど、一般向けに会員登録の診療所として公開するものです。			
		<input type="checkbox"/> 上記所属機関名、ホームページ、住所と同じ		<input type="checkbox"/> 公開しない	
		診療所名	住所		
		<input type="checkbox"/> 上記とは別(右記) ホームページURL ()			

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。
- 公開可能な診療所に記載された内容は公式および関連サービスHPなどへ一般向けの公開情報として記載いたします。

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。
- 本会には有資格者(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
 シヤ) リンショウスイソチリヨウケンキュウカイ

※振込手数料はお申込者様負担となります