

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
所属機関名	(フリガナ)	職種	(いずれかを○で囲む)		役職名
	(フリガナ)		医師	歯科医師	
①所属機関住所	(フリガナ)	TEL	() - ()		
	〒 [][] - [][]		FAX	() - ()	
②自宅住所	(フリガナ)	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	<input type="checkbox"/> 紹介() <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> 学会参加 (月 日) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 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

一般社団法人 臨床水素治療研究会 ご入会の案内

この度は、一般社団法人臨床水素治療研究会へのご入会をご検討頂き誠にありがとうございます。

ご入会手続き完了までの流れをご案内申し上げます。

- 「入会申込書」
当研究会までFAXまたは郵送にてお送り下さい。
※「入会申込書」がお手元に無い場合につきましては当研究会ホームページ内「当会について」よりダウンロードして頂けます。
FAXでのお受け取りがご希望の場合は当研究会までご連絡下さい。
※当研究会の会員資格は医師・歯科医師のみとさせていただきます。
- 「事務手数料」
当研究会指定口座に事務手数料12,000円のお振込みをお願い致します。
※お振込み手数料につきましては、お申込者様にてご負担頂けますようお願い申し上げます。
※当研究会では年会費は頂いておりません。
- 「ご入金確認」
当研究会口座へ着金の確認が出来次第ご登録手続きを開始致します。
- 「ユーザー名&仮パスワード送信」
当研究会のホームページをご利用頂くにあたり、入会申込書へご記入頂きましたメールアドレス宛に送信致します。
※入会申込書には受信可能なアドレスのご記入をお願い致します。
- 「ログイン&パスワード変更」
当研究会のホームページにログインして頂きパスワードをご変更下さい。
- 「ホームページ内の情報閲覧&臨床供給品購入」
ホームページにログインして頂きホームページをご利用頂けます。