入会申込書

(賛助会員（団体）用)

一般社団法人　国際臨床医学会の目的に賛同し入会を申し込みます。　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**該当する** □ **にチェックを入れてください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入会種別** | | 新規入会　　 再入会 | | 入会口数 | 口 |
| **団体** | **フリガナ** |  | | | |
| **名称** |  | | | |
| **所在** | 〒 | Tel. | | |
| E-mail | | |
| **代表者** | **フリガナ** |  | | | |
| **氏名** |  | | | |
| **役職** |  | | | |
| **担当者** | **フリガナ** |  | | Tel.　　　　　　　　　　　内線（　　　　） | |
| **氏名** |  | | E-mail | |
| **役職・部署** |  | | | |
| **連絡先住所** | 〒  ※団体所在地と異なる場合にご記入ください。 | | | |
| **メール送付先** | | 団体　　　 担当者 | | | |
| **郵便物送付先** | | 団体　　　 担当者 | | | |

【申し込み方法】

上記をご記入いただき、学会事務局まで電子メール（入会申込書添付）、FAX、郵送のいずれかでお送りください。

・国際臨床医学会事務局

E-mail:info@kokusairinshouigaku.jp

FAX: 06-6310-0156

住所：大阪府豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター９F