

一般社団法人日本医用マンスペクトル学会入会申込書

貴会に入会致したく下記事項を記して申込みます。

年 月 日

正会員・学生会員（いずれかに○印）

入会希望年度： 年

氏名	ふりがな	
	(印)	
	(ローマ字)	
	生年月日 西暦 年 月 日 性別 男・女	
自宅住所	〒□□□-□□□□ 名簿掲載 可・不可（いずれかに○印）	
	電話（ ） —	
	FAX（ ） —	
勤務先・在校先所在地	名称・部署または学部・教室名・役職など	
	〒□□□-□□□□ 都・道 府・県	
	電話（ ） — FAX（ ） —	
E-mail：		
連絡先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> （いずれかにレ印）		
現在の専門領域（ ）（ ）（ ） (コード表より3項目以内を番号で記入)		
出身校	学校名・学部学科名	卒業・卒業予定年月
	大学・学部	西暦 年 月 卒業 卒業予定
学位	大学院課程 修士 博士	西暦 年 月 卒業 卒業予定
	医博・薬博・理博・工博・農博・（ ）博	

※入会初年度会費（4月1日～翌年3月31日）を学会口座 00890-1-122387 まで郵便振替にてご入金願います。

ご入金を確認後、会員登録完了。会員証は後日送付致します。

正会員 8,000 円 学生会員 4,000 円