

入 会 申 込 書

私は、特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構 に正会員として入会をここに
申し込みます。

西暦 年 月 日

特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構 理事長 殿

ローマ字

ふりがな

氏 名 :

生年月日・性別 : 西暦 年 月 日 男・女

勤務先・診療科 :

勤務先 TEL :

勤務先 FAX :

E-mail :

■該当する項目にチェックを入れて下さい

① 正会員としてホームページ（会員ページ内）の会員名簿に掲載することに
同意しますか。

同意する 同意しない

上記、同意して頂ける方

● 所属施設情報（施設住所・施設電話番号を含む）の掲載

同意する 同意しない

● メールアドレスの掲載

同意する 同意しない

② 海外臨床試験グループ（GCIG・KGOG・SGOG 等）へのメールアドレス
の提供に同意しますか。

同意する 同意しない

※入会申込書および入会金・年会費のお振込確認後、入会手続き完了となります。