

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。

平成 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

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

- ②施設名・住所・電話番号を掲載することに同意しますか。
 同意する 同意しない

- ③メールアドレスの掲載 可 ・ 不可

※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。