

日本医学脱毛学会 入会申込書

申込日 年 月 日

氏名	(フリガナ)	生年月日	性別(○印)
			男・女
所属名/役職名			
住所	〒: -		
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		
ご自宅住所	〒: -		
	TEL:		
	E-mail:		
郵便物の送付先	所属先	・	ご自宅 (どちらかに○をおつけ下さい)
専門科目			
ご所属の医学会			
入会の目的			
経歴			

下記送り先まで郵送もしくはFAXにてお送り下さい。

(医師の方は医師免許証書写し、看護師の方は看護師免許写しを提出して下さい。)

○入会申込書 送り先:

日本医学脱毛学会事務局

〒260-0028千葉県千葉市中央区新町3-3辰巳ビル

ちば美容・形成外科クリニック内

TEL&FAX: 043-244-3747