



(一財)東方医療振興財団 日本東方医学会

事務局: 〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

TEL:03-6264-3015 FAX:03-6264-3016

この入会フォームのすべての事項をご記入になり、FAX あるいは郵送でお申し込みください。
医療法人の場合は、法人名とクリニック名をご記入下さい。入会金と年会費を下段の口座にお振込みいただき、ご入金を確認後、登録証等をお送り致します

正会員(医・薬) 入会申込書

Membership Application Form For Membership M.D. Only

◆氏名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

◆学位 (Degree) (MD.DDS.) _____ 出身大学 _____

◆性別 (Gender) 男 (Male) 女 (Female) ◆生年月日 ___ 19 ___ / ___ / ___

◆職種(いずれかに○): 1.医師 2 歯科医師 3.獣医師 4.薬剤師

◆所属施設名

_____ 診療科目 _____

◆所属施設・住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

◆ご自宅・住所 (Residence) 〒

TEL: _____ FAX: _____

e-mail: _____

◆書類の送付・宛て先 : 勤務先 個人・ご自宅 ←丸をつけてください

※ご紹介者・氏名 _____ ご紹介者・所属施設名 _____

お振込先 : みずほ銀行 虎ノ門支店 普通 2521324 日本東方医学会

合計金額 20,000 円 (内訳: 入会金¥10,000 年会費¥10,000)

事務局記入

申込み日:

ご入金日:

会員No.:

有効期間:

~

Y・U・K・M・J (

)

