

日本メディカルイラストレーション学会 入会申込書（学生会員）

私は日本メディカルイラストレーション学会の目的と事業に賛同し、会則を遵守致しますので、入会を申し込みします。

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平	年 月 日	性別 男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
T E L		携帯電話	
フリガナ			学年 年
学校名			
フリガナ			
学校住所	〒 都道 府県		
T E L		Eメール	
F A X			
推薦者（会員）			適切な推薦者がおられない場合は 事務局にご相談ください
事務局ファックス086-464-1153 電子メール jsmi@med.kawasaki-m.ac.jp 川崎医大 森谷卓也 宛			