

日本メディカルイラストレーション学会 入会申込書（個人会員）

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			職業			
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						
勤務先名						
フリガナ						
勤務先住所	〒 _____ 都道 府県					
T E L			E メ ー ル			
F A X			希 望 連 絡 先	自 宅 ・ 勤 務 先		
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 tmoriya@med.kawasaki-m.ac.jp 川崎医大 森谷卓也 宛