


2017年度(2017年4月1日～)ご入会

日本抗加齢医学会 正会員申込書
Application for Membership

申込日 年 月 日

氏名	(漢字) _____	生年月日	西暦
	(ローマ字) _____		_____年 ____月 ____日
	パスワード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	半角英数文字8文字以内 ★IDは発行後ご連絡させていただきます。	
職業	<input type="checkbox"/> 医師 専門科領域() <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 医療従事者 専門分野() <input type="checkbox"/> 研究者 研究分野() <input type="checkbox"/> 会社員 業種() <input type="checkbox"/> その他() 取得学位・資格()		
ご自宅	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____ 携帯電話: _____		
勤務先	※所属施設名 _____ ※所属科・部署名 _____ / 役職 _____ ※所属施設住所 〒 _____ TEL: _____ FAX: _____		
連絡先	※今後学会からのご案内などのため必ず登録をお願いします。 PC e-mail: _____ (携帯メール不可)		
ご送付先	書類などのご送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
会費	入会金: ¥5,000 + 年会費: ¥10,000 (4月～翌年3月の1年間): 計 ¥15,000 年会費には学会誌の購読料・送料が含まれます。入会金・年会費は変更になる場合があります。		
お支払い方法の選択	<input type="checkbox"/> ◇コンビニ払込票でお支払い 下記コンビニエンスストアにてお取扱いいたしております。コンビニ払込票を送付いたします。 セブンイレブン・ローソン・セイユーマート・ミニストップ サークルKサンクス・デイリーヤマザキ の全店 <small>※ご請求金額にはコンビニ収納代行手数料540円が加算されます。</small>		
	<input type="checkbox"/> ◇クレジットカードでお支払い <small>※e-mailアドレスをお持ちでない場合はクレジット払いをご選択いただけません。コンビニエンス払いをご選択下さい。</small> 下記のクレジットカードがご利用いただけます。 自動引き落としではありませんので年度毎に学会ホームページの お支払いページ より決済手続きを行っていただくこととなります。		
 VISA ・ MasterCard ・ JCB ・ American Express ・ Diners Club			
 日本抗加齢医学会 Japanese Society of Anti-Aging Medicine		申し込み用紙に記入の上、以下までファックスまたはご郵送ください。 〒105-0001 東京都港区虎ノ門3-10-4-313 日本抗加齢医学会事務局 fax:03-6402-2601	