

2017年度(2017年4月1日～)ご入会

日本抗加齢医学会 学生会員申込書

※学生証(写)と共に申込書を事務局宛にお送りください。

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
在籍年度	パスワード <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。	
	入学年度 _____年 ____月	卒業予定年度 _____年 ____月	
ご自宅	〒 _____		
	TEL: _____ FAX: _____ 携帯電話: _____		
学校名	※学校名 _____		
	※学部・学科名 _____		
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)		
会費	入会金: ¥5,000 + 年会費: ¥5,000 (4月～翌年3月の1年間): 計 ¥10,000 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	<input checked="" 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。 <input type="checkbox"/> 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 ※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。		
	<input type="checkbox"/> ◇クレジットカードでお支払い 下記のクレジットカードがご利用いただけます。 <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> 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・Master Card・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	

※ご記入いただきました個人情報は、本会で保管し、本会サービス以外で第三者に譲渡することはありません。

※個人情報の取り扱いについては、本会ホームページをご参照ください。