**日本化粧医療学会 入会申込書**

2021年11月改訂

日本化粧医療学会　御中

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 私は貴学会の趣旨に賛同し、年会費を納入して入会を申し込みます。（＊必須項目） | | | ＜事務局使用欄＞  会員番号 |  |
| ふりがな（＊） |  | 生年月日（西暦） | 年　　月　　日 | 男　・　女 |
| 氏　名（＊） | ㊞ | 会員種別 | ・学生会員・非医師一般会員・医師一般会員  ・評議員・理事・監事 | |
| 専門分野（＊） | 内科、外科、皮膚科、眼科、形成外科、整形外科、婦人科、小児科、歯科  美容、化粧品、かつら、サプリメント、製薬、大学、（他：　　　　　　　　　　） | | | |
| 所属機関等住所  （勤務先）（＊） | 〒  TEL FAX | | | |
| 自宅住所 | 〒  TEL FAX | | | |
| 所属機関名（＊） |  | 部署・職名 |  | |
| E-mail（＊）  （連絡先用） | ＠ | | | |
| 備　考  （ご質問・ご連絡等） |  | | | |

※ご記載いただきました個人情報につきましては、本学会の会員管理に限り利用させていただきます。

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

署名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（送付先）日本化粧医療学会　事務局宛 〒106-0022　東京都新宿区新宿2-13-10 武蔵野ビル5F, 11号

E-mail：jimukyoku＠jcm-office.org

　FAX: 03-6709-8843

・・・・・・・・・・・・・・・・・・備　考・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

★年会費（4月～翌年3月）

学生会員 2,000円 →（大学院生含む、申請時に学生証のコピーを添付して下さい）

非医師一般会員 5,000円

医師一般会員 10,000 円

評議員 12,000 円

理事・監事 15,000 円

★お振込み方法：下記の学会口座へお振込み下さい

振込先名称：

銀行名；GMOあおぞらネット銀行

支店名：法人営業部

種別：普通預金

口座番号：1273162

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・