

一般社団法人先進医療学術振興会 入会申込書

私は、一般社団法人先進医療学術振興会の趣旨に賛同し、入会申込をいたします。
入会後は、一般社団法人先進医療学術振興会の定款および諸規定を遵守します。

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 準会員	<input type="checkbox"/> 賛助会員	<input type="checkbox"/> 特別会員
-------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

※支店の場合は準会員にチェックをつけ、支店の販売責任者の方のお名前をご記入ください。

フリガナ	
薬局名(法人名) 屋号/支店名	
フリガナ	
代表者名	
フリガナ	
住所	
電話番号 FAX番号	電話/ FAX/
メールアドレス	
ご紹介者名	

(ご紹介者記入欄)

万が一紹介した会員が諸規定に違反した場合は連帯して責任を負うものとします。

薬局名		氏名	(印)
------------	--	-----------	-----

◆入会申し込みにおける個人情報の利用目的に関するお知らせ

本振興会では個人情報の保護に基づき、入会申込書に記載の個人情報は、会員の特定および関連情報提供を目的として先進医療学術振興会が使用し、本人の許可なく振興会以外に開示、提供することはありません。

一般社団法人先進医療学術振興会

〒460-0002 名古屋市中区丸の内 1 丁目15番20号
ie丸の内ビルディング 5 階 メディカルC&C エルキュア内
お問合せ先 052-209-9555
e-mail: info@amso.or.jp

代表理事承認印	事務局受理印