学生会員入会申込書

　　　　　　年　　　　月　　　　日

先端錯体工学研究会　御中

以下のとおり、入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 研究室 |  | 担当教員 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 | 　　　　-　　　　　　-　 | ＦＡＸ | 　　　　　-　　　　　　-　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（代表者に○） | 学年 | E-mail | 氏名 | 学年 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

氏名、学年は必須

【年会費】

　　学生会員（１口）1,000円　（1研究室で1口につき20名まで）

【会費振込先】

先端錯体工学研究会

* 振込用紙を用いた郵便振込

００１３０-７-７７３５４９

* 銀行からのお振込

ゆうちょ銀行（金融機関コード：９９００）　〇一九店（店番：０１９）　当座　０７７３５４９

　　＊（お願い）振込の際には、担当教員名か研究室名を、通信欄あるいは振込者名に書き加えて下さい。

【送付先】

〒141-8648 品川区東五反田4-1-17

東京医療保健大学大学院　医療保健学研究科

松村　有里子　宛