

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