法人会員入会申込書

　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員種別＊ | 維持会員（　　　　口：　　　　　　　　円） | | 一般会員（　　　　口：　　　　　　　　円） | |
|  | ＊当てはまるものを○で囲み、口数と会費金額をご記入下さい。 | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 法人名 |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
|  |  | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 担当者名 |  | | | |
| 部署 |  | | | |
| 電話 | -　　　　　　- | ＦＡＸ | | -　　　　　　- |
| Ｅ−ｍａｉｌ |  | | | |
| 紹介者  （いらっしゃる場合） |  | | | |

【年会費（１口）】

　　維持会員　10万円

　　一般会員　 2万円

【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

【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