個人正会員入会申込書

　　　　　　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＊ | 個人正会員 | 賛助会員 | | |
|  | ＊当てはまるものを○で囲んで下さい | | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 連絡先 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 所属 |  | | | | |
| 部署 |  | | | | |
| 研究室 |  | | | | |
| 電話 | -　　　　　　- | | ＦＡＸ | -　　　　　　- | |
| Ｅ−ｍａｉｌ |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 紹介者  （いらっしゃる場合） |  | | | | |

【年会費】

　　個人正会員 3,000円

　　賛助会員 50,000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