**一般社団法人日本獣医再生医療学会入会申込書**

**申込年月日**　　　**年**　　　**月**　　　**日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フ リ ガ ナ** |  | | | **生 年 月 日** |
| **氏　名** |  | | | 西暦 年  月 日 |
| **資　格** | 獣医師（院長　勤務医）　　学生 年  大学教員　　会社員　　　　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **フ リ ガ ナ** |  | | | |
| **勤 務 先**  **学 校 名** |  | | | |
| **連 絡 先** | **勤務先　自宅** （必ずどちらかに◯をつけてください）  〒 | | | |
| **T E L** |  | | | |
| **F A X** |  | | | |
| **E-mail** |  | | | |
| **学会からの案内メール受信について** | | 受信する | 受信しない | |

・当会の年度は 1 月〜 12 月です。年度途中の入退会の場合、会費の繰越や払い戻しはありません。

・入会後の会員資格は自動継続です。会員を継続しない場合は「退会届」を提出してください。

送信先：

一般社団法人 日本獣医再生医療学会事務局

FAX：045-901-6554

※番号のおかけ間違いにご注意ください。