

臍帯血による再生医療研究会 入会申込書

申込年月日 年 月 日

会員種別	1. 個人会員(a:一般 b:研修医) 2. 学生会員	入会年度	年度 ※会計年度:4月-翌3月
------	--------------------------------	------	-----------------

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
ローマ字		
フリガナ		
氏名		
生年月日	1 9 年 月 日	性別 男 ・ 女

発送先	1. 所属	2. 現住所
請求先	1. 所属	2. 現住所

※学会誌等の送付先をご指定ください。

※会費請求の送付先をご指定ください

■所属情報■

名称			
	(職名)		
所在地	〒 -		
	TEL:	(内線: ・直通)	FAX:
	E-mail:		

■現住所(自宅)情報■

現住所	〒 -		
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		

<連絡先>

臍帯血による再生医療研究会事務局
〒783-8505
高知県南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部先端医療学推進センター内
TEL: 088-880-2561
E-mail: citm@kochi-u.ac.jp