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 住　　所	**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。