

(申込年月日 年 月 日)

加齢皮膚医学研究会新規入会申込書

ご氏名：

ご所属：

ご住所：(〒)

tel：

fax：

e-mail：

この度は、加齢皮膚医学研究会にご入会頂き、誠にありがとうございます。
お手数をおかけ致しますがご記入の上、上記の事項を添付ファイルにて事務局：
E-mail (kareihifu@gmail.com) 又は FAX (06-6645-3828) にてお送り下さい。
また、ご入会に伴い、年会費 5,000 円 (通年 4 月～翌年 3 月) をお納め頂きます。
後日、ゆうちょ銀行の払込取扱票をお送り致しますので、宜しくお願い致します。

ご不明な点は、ご遠慮なくお問い合わせください。

《お問い合わせ先》

加齢皮膚医学研究会事務局

T E L : 06-6645-3826

E-mail : kareihifu@gmail.com