

**泌尿器抗加齢医学研究会 正会員入会申込書**  
**送付先 FAX:03-5775-2076**

申込年月日            年        月        日

日本抗加齢医学会 会員番号	
---------------	--

※申請中の方は、申請中とご記載ください。

	姓	名
フリガナ		
氏 名		

連絡先	1. 所 属	2. 自 宅
-----	--------	--------

※連絡先(送付先)をご指定ください。

■所属先情報■

名 称		
	部署	役職
所 在 地	〒	
	TEL:                    (内線            ・ 直通)	FAX:
	E-mail:	

■自宅情報■

現 住 所	〒	
	TEL:                    (内線            ・ 直通)	FAX:
	E-mail:	

※ 年会費は3,000円となり、年度単位でのお支払いとなります。入会申込受領後、年会費のご請求書を送付いたします。