

日本ボツリヌス治療学会 賛助会員入会申込書

会員番号

登録日

/

賛助会員申込年月日: 20 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 1 .団体 ・ <input type="checkbox"/> 2 個人	入会年度	年度
------	--	------	----

	姓(Family name)* 団体の場合は担当者	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

連絡先	1. 所属	2. 自宅
-----	-------	-------

※連絡先(書類等送付先)をご指定下さい。

■所属情報■

名 称		
	(部署名)	
所在地	〒	
	TEL: ()	FAX:
	e-mail:	

■自宅情報■

現住所 (自宅)	〒	
	TEL:	FAX:
	e-mail:	

ご要望・ご提案・ご連絡事項等ご自由にご記入ください。

賛助会員入会申込書送付先 : 日本ボツリヌス治療学会事務局

〒770-8503 徳島県徳島市蔵本町3丁目 18-15

藤井センター4階 408 徳島大学医歯薬学研究部 先端創薬臨床研究室内

TEL:088-633-7943(内線 7946)

FAX:088-634-6469

E-mail:c-ishihara@tokushima-u.ac.jp