

## 日本オミックス医療学会 入会申込書

趣旨に賛同し入会を致します。入会後は貴学会の会則を遵守し活動することを誓約いたします。

|  |  |
|--|--|
| 会員種別   | <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 |
| 入会年月   | 西暦 年 月   |
| 賛助会員口数   | 「    」口<br>学会個人会員として20名登録可能です。   |
| 本学会の事業年度は4月1日～3月31日になります。<br>※ 年会費は下記に定める(円) 入会金は 0円<br>正会員:5,000 学生会員:2,000 法人賛助会員:200,000/1口 |  |

|                |  |
|----------------|--|
| フリガナ           |  |
| 機関名・会社名        |  |
| 部署名            |  |
| フリガナ           |  |
| 責任者氏名          |  |
| 責任者役職          |  |
| フリガナ           |  |
| 連絡先住所          |  |
| フリガナ           |  |
| 担当者氏名          |  |
| 担当者所属          |  |
| 担当者役職          |  |
| 電話番号           |  |
| FAX番号          |  |
| e-mail address |  |

入会申込書送付先：日本オミックス医療学会 事務局

事務局住所 〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-6-3 新宿国際ビルディング8F  
株式会社サイバーリーガルクエスト内

電 話 03-6826-5773    FAX: 03-5909-8891    e-mail address: info@omics.jp

※ご記入いただいた個人情報は、学会からの最新情報等の提供を目的といたします。