

日本オミックス医療学会 理事長 田中 博 殿

平成 年 月 日

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	正会員	学生会員	賛助会員
入会年月	西暦 年 月	本学会の事業年度は4月1日～3月31日になります。 年会費は下記に定める 入会金は 0円 正会員：¥5,000 学生会員：¥2,000 賛助会員：¥200,000/1口	
賛助会員口数	「 」 口 学会個人会員として20名 登録可能です。		
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			
登録者氏名			
登録者所属			
登録者役職			
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 〒113-0034 東京都文京区湯島3-19-14 湯島ファーストビル4F
株式会社シード・プランニング内

電話 03 3835 9211 FAX : 03 3831 0495 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。