

西暦 年 月 日

一般社団法人日本オミックス医学会  
理事長 田中 博 殿

## 一般社団法人日本オミックス医学会 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	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(円) 入会金は 0円 正会員：5,000円 学生会員：2,000円 法人賛助会員：200,000円/1口	
賛助会員口数	「 」口 学会個人会員として20名を登録可能です。		

フリガナ		
機関名・会社名		
部署名		
フリガナ		
ご入会者氏名		
ご入会者役職		
連絡先住所	<〒 - >	
電話番号		
FAX番号		
e-mail address		
Mobile番号		
生年月日		
連絡先	代理人 氏名	
	代理人 所属	
	代理人 連絡先 電話/e-mail	

入会申込書送付先：一般社団法人日本オミックス医学会 事務局

事務局住所 〒112-0014 東京都文京区関口1-44-3 信生堂ビル3F  
電 話 03-5225-1755 FAX: 03-5225-2501 e-mail address: info@omics.jp

※連絡先は、秘書様・スタッフ様と情報共有のため。および上記機関・企業様以外へのご連絡先。

※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。

※年度内に開催のシンポジウム参加費は全て無料。抄録冊子体も無償ご提要いたします。