

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			
登録者氏名			
性別 / 生年月日	男性() 女性()	西暦	年 月 日
フリガナ			
機関名・会社名			
部署名			
部課名			
役 職			
フリガナ			
所属先住所	〒		
住所()			
電話番号			
FAX番号			
MOBILE番号			
e-mail address			
フリガナ			
郵送物別途送付先	〒		
住所()			
代理連絡方法	代理者 TEL・e-Mail		

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3-19-11 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。

学会ホームページより、申込書ダウンロードも可能です。【入会申請書ダウンロード】 <http://omics.jp>

印の項目はご記入任意です。