

個人正会員入会申込書

年 月 日

先端錯体工学研究会 御中

以下のとおり、入会を申し込みます

会員種別*	個人正会員	賛助会員
-------	-------	------

* 当てはまるものを○で囲んで下さい

ふりがな	
氏名	

連絡先

住所	〒		
所属			
部署			
研究室			
電話	- -	FAX	- -
E-mail			

紹介者 (いらっしゃる場合)	
-------------------	--

【年会費】

個人正会員 3,000 円
賛助会員（1口）10,000 円

【会費振込先】

先端錯体工学研究会

- 振込用紙を用いた郵便振込
00130-7-773549
- 銀行からのお振込
ゆうちょ銀行（金融機関コード:9900）〇一九店（店番:019）当座 0773549

【送付先】

〒141-8648 品川区東五反田 4-1-17
東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科
松村 有里子 宛