

日本抗加齢美容医療学会-Medical Beauty Forum-入会申込書

氏名	印
所属施設名、社名	
○をして下さい	医師 ・ 看護師/検査技師 ・ その他医療従事者 マスコミ関係者 ・ 会社関係者
資料等郵送先住所 (勤務先、ご自宅) ○をして下さい	〒
TEL/FAX	
E-mail/URL	
経歴	<記入例> 19 年 大学 医学部卒業 19 年 病院勤務 科 役職 19 年 病院勤務 科 役職 現在に至る *必ず病院名、何科か、役職をご記入ください。
現在の専門科	
所属学会 認定医/専門医資格	認定医/専門医資格をお持ちでない場合はなしとご記入ください。

- ・ 医師の方は医師免許証コピー、看護師の方は看護師免許証のコピーを入会申込書とあわせましてご提出ください。(FAX可)
- ・ 会社関係者の方は、会社内での職名などを所属施設名欄にご記入ください。

下記送り先まで郵送もしくは FAX にてお送り下さい

入会申込書送り先：

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 1-5-11 新宿三葉ビル 5F

日本抗加齢美容医療学会-Medical Beauty Forum-事務局

TEL:03-6902-0825 FAX:03-6902-0826

http://mbf.aoyama-jc.com e-mail: jimukyokumbf@yahoo.co.jp