

# 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 50,000 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