

日本骨形態計測学会入会 申込書

申込日 20 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
勤務先(所属・職名)	一般:8,000円 学生:6,000円
勤務先住所	〒 — TEL () — FAX () —
e-mail	@
生年月日	西暦 年 月 日
通信欄	納付書等郵送先が上記と異なる場合ご記入ください 〒 — TEL () — FAX () —
日本骨代謝学会の	いずれか1つを選択してください。 ☒ 会員である ☐ 会員ではない

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

枠内をご記入の上、事務局(jsbm.office@gmail.com)まで
e-mail添付にてご送信ください。

日本骨形態計測学会
福島県立医科大学 腎臓高血圧内科学講座 内
〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地
TEL: 024-547-1206 FAX: 024-547-1998
e-mail: jsbm.office@gmail.com