

日本音楽医療研究会入会申込書

本会の趣旨に賛同し入会を申し込みます。

提出日 平成 年 月 日

ふりがな			← 必ず 個人名 でお願い致します 法人名では受付できません
氏名	氏	名	
会員種類	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 学生会員	← いずれもどちらかご選択ください
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 所属先	<input type="checkbox"/> 自宅	

上記の希望連絡先に印を入れた場所の登録を行いますので、下記に記載願います。

職種(医師は科名も)	
※所属機関名 (学校名など)	
※部署・役職 (学部・学科など)	
連絡先住所 (都道府県から)	〒
連絡先電話番号	() —
連絡先FAX番号	() —
E-mailアドレス (ブロック体で)	@

※ 下記事務局まで必ず**郵送にて**ご返信下さい。また、FAXでの受付はいたしません。

※ 年会費を10日以内にお振込下さい

※ お振込人名の打込み間違いにご注意ください！(会員ご本人さまのお名前です)

●正会員：2,000円

●学生会員：1,000円 (学生証のコピー:有効期限の面を同封してください)

【郵便振替】口座記号番号: 00910-8-304765

【加入者名】日本音楽医療研究会 (ニホンオンガクイリョウケンキュウカイ)

※ 他金融機関から振込をおこなう場合は

ゆうちょ銀行 店名:0九九(読み:ゼロキュウキュウ) 店番:099 預金種目:当座 口座番号:0304765

【ご入会に関するお問合せ・郵送先】

日本音楽医療研究会 事務局

〒514-8507 三重県津市江戸橋2丁目174番地

三重大学大学院医学系研究科認知症医療学講座内

電話&FAX:059-231-6031 Eメール:jmm-office@umin.ac.jp