

# 日本医療・環境オゾン学会 個人会員入会申込書

(医師・歯科医師・獣医師用)

申込日： 年 月 日		受理日： 年 月 日		会員番号：	
フリガナ					
氏名					
勤務先名					
勤務先住所		〒			
TEL		FAX			
MAIL					
自宅住所		〒			
TEL		FAX			
MAIL					
<b>学会誌等の送付先 (該当する方に○をつけてください)      勤務先      ・      自宅</b>					
紹介者 (会員)	団体名				
	氏名				
※紹介者がいない場合は事務局が紹介者になります。					
学歴 (最終学歴など)					
学位記 (テーマ、取得年月日・取得大学)					
職歴 (診療科名および職務内容など)					
主な所属している学会名 (専門医・認定医などと、その取得年月日)					
<b>現在オゾン療法を行っていますか？      はい      ・      いいえ</b>					
<b>「はい」と答えた方、学会HPの「オゾン療法実施病院の紹介」頁に貴院のHP掲載を希望しますか？</b> <b>する (下記にHPのURLを記入してください)      ・      しない</b>					
<b>URL:</b>					
<p>年会費のご入金を確認次第、会員手続きを致します。お申し込みと同時に下記口座へご入金頂き、入会申込書をFAX (072-807-6025) またはMAIL (ozone@js-mhu-ozone.com) でお送りください。 (お急ぎの場合は受領書のコピーを入会申込書に添付してください。)</p> <p>【郵便振込】 日本医療・環境オゾン学会    口座番号：00950-0-147879</p> <p>【他金融機関からの振込】</p> <p>ゆうちょ銀行    ○九九 (ゼロキュウキュウ) 店 (099)    当座    1 4 7 8 7 9</p>					