

致：公益财团法人 日中医学协会：

(FAX: 81-3-3866-9080 / E-mail: kaiin@jpcnma.or.jp)

个人会员入会申请表



本人愿成为贵协会的维持会员，现登记如下：

姓名	(英文拼音或日语假名)		填写日期	年	月	日
			出生年月日	年	月	日
			性别	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
工作单位	名称					
	部门					
	职务					
	专业领域					
	地址	(英文拼写或日语片假名)				
		邮编	_____			
	单位电话					
	FAX					
E-mail						
住宅	家庭住址	邮编 _____				
	住宅电话					
	手机					
	FAX					
	E-mail					
年会费	医/齿/药/看护等医务人员、普通人 500人民币/份 ※可用日元支付(1万日元/份)。 希望用日元支付时,请在联络事项栏里标注。		份数	份		
协会期刊、 会费缴纳通知单 邮寄地址	<input type="checkbox"/> 工作单位 <input type="checkbox"/> 家庭住址 <input type="checkbox"/> 其他 (以下请写明邮寄地址)					
	其他 邮寄地址	邮编 _____				
联系事项	※若有其他需告知本协会的事项敬请填写。					