

EuroMediCom (Japan) 会員申込書

FAX: 03-6709-8843

お名前	(ふりがな)
ご所属	ご所属先 :
	住所 : 〒 -
	Tel : - - Fax : - -
ご連絡先	(上記ご所属住所と別のご連絡先をご希望の場合にご記入下さい。)
	〒 -
ご連絡方法	学会情報などのお知らせにつきましてご希望の連絡方法を選択してください。
	<input type="checkbox"/> メールアドレス (@) <input type="checkbox"/> FAX
会費	<input type="checkbox"/> 会員 (年会費 12,000 円)

- 1、会員へご登録頂きました方へは定期的に EuroMediCom の開催する国際学会の情報をお送りします。
- 2、会員登録をされた方のみ、ユーロメディコムジャパンのセミナー、国際学会ツアーへご参加いただけます。

【個人情報の管理について】

当会は、会員の方々からご提供いただいた個人情報については、個人情報に関する法令、規範および協議会の諸規定に則り適正に管理いたします。

ユーロメディコム ジャパン

〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-13-10

武蔵野ビル 5F 11 号

Tel: 03-6709-8842 Fax:03-6709-8843