



World Academy of Anti-Aging & Regenerative Medicine 一般社団法人国際抗老化再生医療学会 入会申込書

Membership Application Form For Regular Membership

氏名 _____ ローマ字 _____

生年月日 _____ 性別 男 ・ 女 _____

医師 歯科医 獣医師 診療科目 _____
 看護師 臨床検査技師 栄養士 薬剤師 理学療法士 保健師
 歯科衛生士 柔道整復師 整体師 美容師 アロマセラピスト
 エステティシャン その他 (_____)
 会員種別
 個人会員 (上記に該当されない一般の方)
 学生会員 (医学部・歯学部・薬学部学生)

所属施設名 _____

所属施設住所 〒 _____
又は御自宅 _____

TEL (_____) FAX (_____)

E-mail _____ @ _____

入会金 10,000円 年会費 10,000円/年 (※学生会員のみ 入会金5,000円 年会費5,000円/年)

本書の全ての事項をご記入いただき、下記事務局までFAX、メールもしくはご郵送願います。その後、下記口座に入会金・年会費にお振込頂きましてご入会となります。

【送付先】 一般社団法人 国際抗老化再生医療学会【WAARM】 事務局
〒100-0011 東京都千代田区内幸町1丁目1番1号帝国ホテルタワー9階9C1-3
TEL : 03-6205-4344 FAX : 03-6205-4345 E-mail : info@waarm.or.jp

【お振込先】 三菱東京UFJ銀行 京橋中央支店(普通)0026860
一般社団法人国際抗老化再生医療学会

プライバシーポリシー：この情報はWAARM関連の情報をお知らせする場合のみに使用致します。ご入会についてはWAARM入会規約に同意を頂いていることといたします。(HP参照)

※ 下記は事務局処理欄です

申込日	ご入金日	会員No.	有効期間	
, ,	, ,		~ , ,	