



# 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・年会費にお振込み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	
， ，	， ，		～ ， ，	