



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 ・ その他

医師 歯科医

出身校

内科 皮膚科 形成外科 小児科 精神科 外科 整形外科
 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科
 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 リハビリテーション科
 総合診療科 その他 ()

会員
種別

取得 専門医 () 取得 認定医 () 基盤とする 所属学会 ()

看護師 臨床検査技師 栄養士 薬剤師 理学療法士 保健師
 鍼灸師 柔道整復師 整体師 美容師 エステティシャン
 獣医師 その他 ()

個人会員 (上記に該当されない方)

学生会員 (医学部・歯学部・薬学部学生)

所属施設名

役職

所属施設住所 〒
又は御自宅

TEL ()

FAX ()

E-mail @

ホームページ

①履歴書

②免許証の画像

医師・歯科医・薬剤師・獣医の方は①②添付必須

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、履歴書・免許と一緒に (医師・歯科医・薬剤師・獣医の方のみ) 事務局までメール添付もしくはご郵送願います。

毎月1日から末日までの入会申し込みに対し、翌月中旬に入会審査を致します。

入会申込が承認となりましたらその旨をメールで通知して、入会金・年会費支払先をご案内致します。入会金・年会費の入金をもって正式入会となりますのでご承知願います。

【送付先】 一般社団法人 国際抗老化再生医療学会【WAARM】 事務局

〒135-0064 東京都江東区青海2丁目4番32号 タイム24ビル18階

TEL : 03-6205-4344 E-mail : info@waarm.or.jp

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)