



# 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 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_

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)

取得している認定資格 ( \_\_\_\_\_ )

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 \_\_\_\_\_

入会志望動機 \_\_\_\_\_

- ・ 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、事務局までメール添付もしくはご郵送願います。  
(医師・歯科医・薬剤師・獣医の方のみ) 履歴書・免許(複写)をメール添付もしくは一緒に同封
- ・ 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・年会費の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。

①履歴書

医師・歯科医・薬  
剤師・獣医の方は

①②添付必須

②免許証の複写画像

【送付先】 一般社団法人 国際抗老化再生医療学会 事務局  
〒135-0064 東京都江東区青海2-4-32 タイム24ビル18階  
TEL : 03-6205-4344 E-mail : info@waarm.or.jp