

請求	領収	入力	送付
----	----	----	----

会員番号

--

特定非営利活動法人

日本幹細胞医療研究機構

内閣府認証特定非営利活動法人 日本幹細胞医療研究機構 御中
私は、貴法人の趣旨に賛同し、入会申し込みを申請いたします。

1. 会員情報

申し込み日 年 月 日

(フリガナ) 氏名		性別	男・女
生年月日	19 年 月 日 (歳)		
(フリガナ) 団体・企業名(漢字)			
所属先住所 〒			
TEL			
FAX			
E-mail			
部署/ 役職			
御自宅 〒			
TEL			
E-mail			
(携帯)TEL			
(携帯)mail			
主要連絡先	自宅 / 所属先 (法人からの郵便物送付先を選択下さい)		

2. 入会金・年会費

会員の種類

正会員	入会金	1,000円	1口	年会費	12,000円
賛助会員	入会金	3,000円	1口	年会費	36,000円

NPO法人 日本幹細胞医療研究機構 事務局
〒102-0082 東京都千代田区一番町7-5-701号
TEL:03-5210-1238 FAX:03-3230-0699