

## 一般社団法人日本臨床微生物学会 入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、団体会員として入会を希望します。

申込日：西暦            年            月            日

入会希望年度：\_\_\_\_\_年度  
(会計年度は12月1日～11月30日です)

会員番号(記入不要)	
------------	--

### 所属(送付先情報)

団体名称	
(担当者名: _____)	
〒	TEL: _____ (内線)
所在地 * 都道府県を 明記してください	
E-mail:	FAX:

- \* 団体名は名簿に掲載されます。
- \* 下記の中で名簿への掲載を希望しない項目のある場合は( )に×をお書き下さい。
- \* 会員情報は、学会の運営・管理のみに利用され、他の目的には使用されません。

( ) 団体所在地      ( ) 団体TEL/FAX      ( ) E-mail address
--

送付先： 一般社団法人日本臨床微生物学会 事務局

〒141-0022 東京都品川区東五反田4-7-25 TYビル3階  
FAX: 03-5447-6801  
E-mail: jscm@qk9.so-net.ne.jp