

## 日本メディカルイラストレーション学会 入会申込書（学生会員）

私は日本メディカルイラストレーション学会の目的と事業に賛同し、会則を遵守致しますので、入会を申し込みします。

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平	年	月
	日	性別	男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
T E L		携 帯 電 話	
フリガナ			学 年
学 校 名			年
フリガナ			
学校住所	〒 都道 府県		
T E L		E メ ー ル	
F A X			
推薦者（会員）			適切な推薦者がおられない場合は 事務局にご相談ください
事務局ファックス086-464-1153 電子メール jsmi@med.kawasaki-m.ac.jp 川崎医大 森谷卓也 宛			