# 一般社団法人 ABM 入会申込書

申込日　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 明 大<br>昭 平　　年　　月　　日 | 性別 | 男　女 |
| フリガナ | | | |
| 自宅住所 | 〒<br>都 道<br>府 県 | | |
| TEL | | 携帯電話 | |
| FAX | | Eメール | |
| 会員種別 | □医師・歯科医師　□その他医療従事者　□一般 | | |
| 所属学会など | ご記入ください<br>□あり（　　）　□なし | | |
| フリガナ | | | |
| 勤務先名 | | | |
| フリガナ | | | |
| 勤務先住所 | 〒<br>都 道<br>府 県 | | |
| TEL | | 携帯電話 | |
| FAX | | Eメール | |

## 申込先 FAX：０３-５２１２-６０５４

【事務局】〒102-0083 東京都千代田区麹町４－５－２０ KSビル６階
TEL：050-5526-1043 / E-mail：info-abm@globalops.co.jp