

会 員 ご 加 入 申 込 書

- ・ 必要事項をご記入の上、FAX か郵送か E-mail 添付で下記までお送りください。
- ・ 折返し会費の払込取扱票等をお送りいたしますので、郵便局か銀行で会費をお振込ください。

日本生命科学アカデミー事務局
FAX: 03-5410-1822
〒107-0052 東京都港区赤坂 4-9-3
日本学術協力財団内
TEL: 03-5410-0242 info@ja-ls.jp

| | |
|------------|---|
| お名前 | |
| 貴社名 | ご担当者様のお名前 () |
| ご住所 所在地 | (〒 -) |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| E-mail | |
| 会員の種類 | (会員の種類をお選びのうえ、口数をご記入ください。) <input type="checkbox"/> 「正会員」 (年会費¥10,000) 個人 (日本学術会議医歯薬系会員・元会員を対象としております。) <input type="checkbox"/> 「賛助会員」 (年会費¥100,000/口) _____ 口 企業・団体 (口数をご記入下さい) 合計金額 _____ 円 |
| その他 | |

お申込ありがとうございます。