

点滴療法研究会 マスターズ・クラブ入会申込書

Japanese College of IV Therapy

申込日 年 月 日

ふりがな		氏 名	
氏 名		(ローマ字)	
医 師 種 別	<input type="checkbox"/> 医師 (専門分野) <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師		
免許登録番号	第 号 (年 月)		
称 号	<input type="checkbox"/> M. D. (医師) <input type="checkbox"/> M. D., Ph. D. (医学博士) <input type="checkbox"/> D. D. S. (歯科医師) <input type="checkbox"/> D. D. S., Ph. D. (歯科医学博士) <input type="checkbox"/> D. V. M (獣医師) <input type="checkbox"/> D. V. M., Ph. D (獣医学博士)		

勤務先	ふりがな			
	名 称			
	住 所	〒 -		
	T E L		F A X	
	ホームページ	http://www.		
ご自宅	住 所	〒 -		
	T E L		F A X	

メールアドレス	連絡用	重要なお知らせをメールで配信しているため、必ずご記入ください。		
	メルマガ受信			
	クリニックお問い合わせ	一般サイトで検索された患者様からの問い合わせ用アドレスです。		

確認欄	希望連絡先 (送付先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※特別な理由がない限り勤務先をご選択ください。		
	推薦人氏名	柳澤 厚生 (点滴療法研究会 会長)		
		マスターズクラブ会員 (会員名 :)		
	入 会 金 お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード (後日、入会決定通知および請求書を送付させていただきます)		
	クリニック検索への 掲 載 希 望	<input type="checkbox"/> SEARCH CLINIC に掲載 (一般サイト) <input type="checkbox"/> FIND A DOCTOR に掲載 (会員サイト) ※SEARCH CLINIC への掲載は、ベーシック I の受講が必要です。		
ベーシック I 個別指導 受講履歴	<input type="checkbox"/> あり (一般サイト掲載必須条件) 受講日 : 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし	その他の 当会セミナー 受講履歴	※セミナー名を記入ください	

事務局記入欄	ID	Pass
--------	----	------