

一般社団法人 臨床ゲノム医療学会 会員 登録 申込書

**FAX : 03-5436-1344** (事務局:ケンコーム Japan 宛)

下記必要事項をご記入ください。

勤務先名			
所在地	〒		
電話番号		FAX 番号	
氏名			
役職			
メールアドレス			
郵送物希望送付先 ※勤務先と異なる場合			

お申込後、初年度年会費を下記口座にご本人名でお振込をお願い致します。  
恐れ入りますが、振込手数料はご負担願います。なお、お振込の確認を持って入会の取り扱いとさせていただきます。

お振込先	みずほ銀行 恵比寿支店 普通口座 1488562
お振込み金額	入会金 5,000 円+年会費 正会員 15,000 円 ⇒合計 20,000 円 学生会員 5,000 円 ⇒合計 10,000 円

お問い合わせ先 一般社団法人臨床ゲノム医療学会本部事務局  
〒153-0064 東京都目黒区下目黒 1-5-21-2F (株式会社ケンコーム Japan 内)  
TEL 03-5436-1343 FAX 03-5436-1344 Mail mail@rinsho-genome.jp