

法人・団体 賛助会員 入会のご案内

日本胎盤臨床医学会はプラセンタ療法を行う医師を中心に、臨床研究 及び各種事業を実施することにより、人々の健康に寄与することを目的として設立された医学会です。

上述の趣旨にご賛同下さる法人・団体のご入会について、以下、ご案内申し上げます。

賛助会員規約をご確認の上、入会申込書と法人・団体概要を事務局までお送りください。

一般財団法人 日本胎盤臨床医学会

.....

【法人・団体 賛助会員】 本会の目的及び事業に賛同し、協賛する法人・団体

【入会金】 1万円

【年会費】 1口 20万円 (会計年度：4月～翌年3月)

【入会の手続き】

- ・法人・団体の概要または謄本を添付して「FAX」または「郵送」等でお送りください。
- ・申込書は web サイト(<http://jplaa.jp>)からダウンロードできます。
- ・入会審査の結果ののちに年会費の請求書を発行いたします。
- ・ご請求日から1ヶ月以内にお振り込みを頂きます。

ご不明な点がございましたら、事務局までお問い合わせください。

日本胎盤臨床医学会事務局

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5 シティスクエア築地 404

TEL : 03-6264-2991 FAX : 03-6264-3016

e-mail : jplacenta@yahoo.co.jp

法人・団体 賛助会員 入会申込書

一般財団法人 日本胎盤臨床医学会 理事長 長瀬眞彦 殿

下記のとおり、賛助会員の申し込みをいたします。

申込年月日	年 月 日
法人・団体名 フリガナ 英文表記	
住 所 〒	
代表者名 フリガナ	
連絡担当者 氏名 フリガナ	
所属・役職	
ご連絡先	
住所 〒	
TEL	FAX
Mail アドレス	
Web サイト URL http://	
ご登録お申込み口数をご記入ください。 一口 20万 円	

問い合わせ先

一般財団法人 日本胎盤臨床医学会 事務局 TEL : 03-6264-2991 FAX : 03-6264-3016

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5 シティスクエア築地 404

一般財団法人日本胎盤臨床医学会 法人・団体賛助会員規約

(目的) 第 1 条 この規約は、一般財団法人日本胎盤臨床医学会（以下「医学会」という。）の、法人・団体賛助会員(以下「賛助会員」という。)に関する事項を定めることを目的とする。

(賛助会員) 第 2 条 医学会の賛助会員は、次の各号の一に該当する者とする。

- (1)法人企業 (2)団体等

(入会) 第 3 条 医学会の賛助会員になろうとする者は、所定の入会申込書と会社概要とを理事長に提出しなければならない。

2 前項の入会申込書の提出があったときは、理事長は入会審査を行った上で理事会に報告しなければならない。

3 賛助会員は、入会申込書に記載した事項を変更した場合は、速やかに変更届書を理事長に提出しなければならない。

(賛助会費) 第 4 条 賛助会員は、医学会の運営及び事業の実施に要する経費として、賛助会費を負担しなければならない。

(賛助会費の使途) 第 5 条 前条の賛助会費収入は、毎事業年度の事業に使用するものとする。

(賛助会費の納入) 第 6 条 賛助会費は原則として、毎年 5 月末までに納めなければならない。

(退会) 第 7 条 賛助会員は、退会しようとするときは、事前にその旨を書面をもって理事長に届け出なければならない。

(除名) 第 8 条 賛助会員が次の各号の一に該当するときは、理事会の議決により除名することができる。

(1)納入期限後、3 ヶ月以上賛助会費を納入しないとき

(2)医学会の名誉を毀損し、又は医学会の目的に反する行為をしたとき

2 前項 2 号の規定により賛助会員を除名しようとするときは、当該賛助会員にあらかじめ通知するとともに、事前に当該賛助会員に弁明の機会を与えなければならない

(賛助会費の返還) 第 9 条 賛助会員が退会し、又は除名された場合は、既に納入した賛助会費は返還しないものとする。

(改廃) 第 10 条 この規則の改廃は、理事会の決議を経て行う。

附則 この規程は、2017 年 1 月 15 日から施行する。

その他のご注意

「日本胎盤臨床医学会」と「日本胎盤臨床研究会」の名称は、複数の分野において商標登録済みで、一般財団法人日本胎盤臨床医学会が商標使用の管理をしています。貴社・貴団体の印刷物及び Web 上でご使用される際は、事前にご連絡の上、必要な場合は所定の使用申請書にご記入の上、理事長宛にお送りください。

同様に、大会やセミナーで発表された内容及び「要覧」に記載の内容と文章の使用についても、所定の手続きをお願いいたします。

「日本胎盤臨床医学会」名称使用 申請書

一般財団法人 日本胎盤臨床医学会 理事長 長瀬眞彦 殿

申込年月日	年 月 日
法人・団体名	
住所 〒	
代表者名	
連絡担当者氏名 フリガナ	
部署名 連絡先	
使用目的	
使用する媒体（使用箇所のコピーを添付）	
印刷物の場合は部数 期限があるものは開始日と終了日	

問い合わせ先

一般財団法人 日本胎盤臨床医学会 事務局 TEL : 03-6264-2991 FAX : 03-6264-3016

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5 シティスクエア築地 404