

財)日本プラセンタ医学会

事務局: 〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

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

この入会フォームのすべての事項をご記入になり、FAX あるいは郵送でお申し込みください。
医療法人の場合は、法人名とクリニック名をご記入下さい。入会金と年会費を下段の口座にお振込みいただき、ご入金を確認後、登録証、会員証等をお送り致します

専 門 会 員 A (医 師) 入 会 申 込 書

Membership Application Form For Membership M.D. Only

氏名 (漢字) _____ (ローマ字) _____

学位 (Degree) _____ 出身大学 _____

性別 (Gender) ☐ 男 (Male) ☐ 女 (Female) 生年月日 ____ 19 ____ / ____ / ____

所属施設名

_____ 診療科目 _____

所属施設・住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

ご自宅

住所 (Residence) 〒

TEL: _____ FAX: _____

e-mail: _____

■書類の送付先 : どちらかに ✓ を付けてください。

☐ 所属施設 ☐ ご自宅

■ご紹介者・氏名 _____ ご紹介者・所属施設名 _____

※ご紹介者様(当会関係者)がいらっしゃいます場合は、入会金を免除させていただきます。

■プラセンタ注射薬メーカー(メルスモン製薬(株)、(株)日本生物製剤)MR の紹介を希望されますか。

☐ する ☐ しない

お振込先 : 三菱UFJ銀行 月島支店 普通 0088594 財)日本プラセンタ医学会

合計金額 17,000 円 (内訳: 入会金¥5,000 年会費¥12,000)

事務局記入

申込み日:

ご入金日:

会員No. :

有効期間:

~

Y ・ U ・ K ・ M ・ J (

)

FAX : 03-6264-3016

入会申込書と一緒に必ずご送信ください。

お手数をお掛け致しますが、よろしくお願いいたします。

また、メディア掲載、患者様からのお問合せの際に、ご案内させていただく場合があります。

施設名〔 〕

登録者名〔 〕

1. 日本プラセンタ医学会をご存知でしたか？

- a. はい b. いいえ

2. aとお答え頂いた方は、何でお知りになりましたか？

- a. 本会会員からの紹介 b. ホームページ c. その他()

※ご紹介者をご記入ください。 ご紹介者氏名・施設名()

3. プラセンタ療法についてご記入ください。

- a. 現在プラセンタ療法を行なっている b. これからプラセンタ療法を行なう予定
c. 今のところプラセンタ療法を行なう予定はない

4. aとお答えいただいた場合の治療についてご記入ください。

- a. 保険診療のみ b. 自由診療のみ c. 保健診療、自由診療どちらも行なっている

5. 投与方法についてご記入ください。

例) 皮下注射、筋肉注射、ツボ注射、静脈注射、点滴

()

6. 静脈注射、点滴をしている場合、どこで静脈注射、点滴をお知りになりましたか？

()

7. 治療費用についてご記入ください。

例) 初診料 2000 円、1A 1,000 円 2A 2,000 円 4A 4,000 円

ツボ注射はプラス 2,000 円

()

8. プラセンタの健康食品を取扱っていますか？

- a. 取扱っている b. これから取扱う予定 c. 今のところ取扱う予定はない

9. aとお答えの方は、取扱い製品名についてご記入ください。

()

10. ホームページはございますか？

- a. ある(URL:) b. ない

財)日本プラセンタ医学会

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404

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