

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 B (歯科医師) 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 _____

※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 (

)

アンケートにご協力をお願い致します。

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。
お手数をお掛け致しますが、詳細についてご記入いただければ幸いです。

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？

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

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

アンケートにご協力を頂きまして有難うございました。

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