



The Japanese Society
of Inflammation
and Regeneration

日本炎症・再生医学会会員登録票

平成 年 月 日

氏名	日本字	フリガナ
	英字	
所属機関名	日本字	
	英字	
所属住所	日本字	(〒 -) TEL: FAX: E-mail:
	英字	
自宅住所	(〒 -) TEL: FAX:	
専門		
主な研究 テーマ		
文書送付先	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅	
本学会で取り 上げて欲しい テーマ、 その他ご意見		
生年月日	19 年 月 日	
平成 年度 学会年会費	<input type="checkbox"/> 納入済 <input type="checkbox"/> ____月頃納入予定	

日本炎症・再生医学会 事務局
FAX: 03-5297-1135 TEL: 03-5297-1134