国際水素医科学研究会　入会申込書

※すべてご記入の上、当会運営事務局へ FAX またはメールでご提出ください。

下記の通り、国際水素医科学研究会入会の申込みをいたします。

申込日：　　年　　月　　日

氏名 (代表者名)	(ふりがな)
所属／法人 連絡先	企業・団体名： 〒　　－ TEL:　　－　　－　　FAX:　　－　　－
E-Mail	@
会員区分	お申込み会員区分□にご記入下さい □ 正 会 員（入会金　10,000 円　/　年会費　10,000 円） □ 準 会 員（入会金　5,000 円　/　年会費　5,000 円） □ 賛助会員（入会金　100,000 円　/　年会費　100,000 円） □ 特別会員（入会金　10,000 円　/　年会費　10,000 円） □ 学生会員（入会金　不要　/　年会費　不要　）
公開可否	当会 HP、および当方発信媒体上の「会員一覧」公開において、貴社／団体名、個人の場合は個人名の掲載可否をお答え下さい。 □掲載可能　　□掲載不可
質問	①　当研究会を知ったきっかけ ②　水素吸入/水素点滴/水素水等を提供されているか。或いは、使用されているか

【ご記入に際しましては、以下をよくお読みください】

■本会会員となるには理事会の承認が必要です。なお、入会条件/審査詳細は、本会会則 第６条(会員区分)、第７条(入会)に記載されております。※ご参照：入会審査基準要約版(下記)

■審査結果は、お申込月の翌月を予定しております。審査通過後に入会金ご請求をいたします。

■初年度は入会金のみ、ご入会翌年から年会費が発生いたします。

■個人情報のお取扱い：個人情報管理に関わる法令、規範、諸規定に則り適正に管理いたします。

【正会員　入会審査基準（要約版）】

以下に示す者／所定の手続きにより承認された者

・医師、歯科医師、獣医師免許等所持者

・医科学系大学や研究機関等の常勤教員

・「修士」以上の学歴、あるいはこれに相当する研究歴を有する者

※準会員は、正会員の資格条件と異なる個人で理事会の承認を得た者。

国際水素医科学研究会　運営事務局
〒162-0801 東京都新宿区山吹町 342-10-11
TEL 03-6280-8241 FAX03-6280-8242
E-Mail: info@ihmsa-h2.com

事務局・理事会使用欄

受付	副理事長	理事長	研究会印

F240521