FAX：03-6801-6091 宛てに送信ください。

日本眼腫瘍学会賛助会員申込書

以下の通り、日本眼腫瘍学会賛助会員入会を申し込みます。

会　社　名： （法人名）
担当者部署名：
担当者氏名：
住　　所：□□□-□□□□
Tel：　　Fax：
E-mail：
請求書の送付： □　上記 上記と異なる場合にご記入ください。 □□□-□□□□
◎ 毎年度の会費口数／　１口￥50,000 申込口数：　　口 ※学会ホームページの賛助会員一覧に会社名を掲載します。 ※申込み後、メールにてご案内いたします。

連絡先：日本眼腫瘍学会事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷 4-1-5 石渡ビル 5F
株式会社アクセライト
TEL 03-6801-6796／FAX 03-6801-6091
E-mail　office@jsoo.jp