

# 一般社団法人ワクチン問題研究会

## 個人正会員 入会申込書

本書記載の各条項を承諾の上、定款第7条の規定により、以下のとおり貴会への会員入会を申し込み致します。

氏名	フリガナ	
ご連絡先	ご住所 〒	
	(電話)	(メール)
ご職業	医療専門職（該当に✓）： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他医療従事者 <input type="checkbox"/> 研究者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
ご勤務先	ご勤務先名	ご勤務先電話
専門分野		
推薦人名 (既存正会員)		

私は、一般社団法人ワクチン問題研究会の会員としての資格を取得するにあたり、下記事項を表明し、かつ遵守することを誓約いたします。なお、下記事項に抵触する行為があった場合には、如何なる処置をとられても異議申立てをいたしません。

- 貴法人が定めた定款および諸規程等を遵守し、秩序を乱す等の行為は一切しないこと。
- 会員入会申込書の記載事項に関しては虚偽の記入がないこと。
- 業務上知り得た機密情報は、貴法人活動内以外で理事会の許可なく使用もしくは開示しないこと。
- 暴力団、暴力団員、暴力団関係企業・団体、その関係者またはその他の反社会的勢力ではないこと。
- 審査の結果、入会資格の承認が得られなかった場合、その理由を一切問わないこと。

令和 年 月 日

記名

(事務局使用欄) 会員入会申込書を受け取り、内容を確認の上理事会に付議しました。

受領日

年 月 日

理事会付議日

年 月 日