

## カスタマイズ治療研究会 入会申込承諾書

看護師、受付・カウンセラー等、クリニックスタッフの方は、本承諾書にご記入のうえ会員登録画面よりアップロードをお願いいたします。

※1 アップロードファイルの形式：jpeg、png

※2 会員医師氏名：ご所属の医療機関に在籍されている当会会員の医師氏名をご記入ください。

職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 受付・カウンセラー等
フリガナ	
氏名	
所属医療機関名	
メールアドレス	
会員医師氏名	
所属長署名	上記の者がカスタマイズ治療研究会に入会することを承諾いたします。  記入日： 医療機関名： 所属長役職・氏名：  