

ホッチキスを外してご利用下さい

日本臨床カンナビノイド学会（JCAC）事務局 へ

FAX 03-5875-3932

e-mail [jcac-office@umin.ac.jp](mailto:jcac-office@umin.ac.jp)

- m3.com システムをご利用の方 → 学会ホームページからの参加申込をお願いします。  
 m3.com システム をご利用でない方 → 本申込書で会費振込及び参加手続きをお願いします。

●参加申込者及び 2024 年度年会費納入者：

フリガナ：	
ご氏名：	
ご所属（医療機関名、会社名）：	
ご住所：〒	
電話番号：	FAX 番号：
E-mail：	

●会員参加費及び懇親会費：該当する□欄に印を付け、合計金額をご記入ください。

会員年会費	正会員：	<input type="checkbox"/> 10,000 円	法人賛助会員：	<input type="checkbox"/> 50,000 円	個人賛助会員：	<input type="checkbox"/> 20,000 円
会員入会金	正会員・法人賛助会員・個人賛助会員： <input type="checkbox"/> 10,000 円（初めての方のみ）					
参加費	正会員・賛助会員： <input type="checkbox"/> 10,000 円					
懇親会費	<input type="checkbox"/>	5000 円	合計金額			円

注意：2024 年度年会費のお支払い済みの方は、参加費及び懇親会費となります。

●会員以外の一般参加を希望の方

一般参加	<input type="checkbox"/>	20,000 円	<input type="checkbox"/>	懇談会費	5000 円	合計金額	円
------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------	------	---

●振込締切： 24 年 11 月 15 日（金）

日本臨床カンナビノイド学会口座ご案内  
名義：日本臨床カンナビノイド学会 事務局長  
銀行名：三井住友銀行 支店名：旗ノ台支店(099)  
口座番号：普通預金 No.7350289  
振込手数料は、各自負担をお願いします。  
右空欄に銀行振込の写しを貼付してください。

銀行振り込みの写しを貼付してください