

継続届

バイオレゾナンス医学会

年月日	年	月	日
-----	---	---	---

フリガナ	
継続者名	
所属先名	
連絡先住所	(〒 -)
電話番号	
E-mail	
継続希望日	年(西暦) 月 日
通信欄	

継続会員の諸費用は個別に事務局からご連絡いたします。