



SOCIETY OF
CLINICAL
BIOBANK

一般社団法人 クリニカルバイオバンク学会

《一般社団法人クリニカルバイオバンク学会 入会のご案内》

1. 入会お申込み方法

入会を希望される方は、クリニカルバイオバンク学会会則を確認いただき、入会申込書に必要事項をご記入の上、下記学会事務局までメールまたはFAXにてお送りください。

2. 会費のお支払について

入会申込書をご提出後、下記の振込先まで会費を納入ください。
尚、振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。
学会事務局でご入金を確認した後に会員証をお送りします。

<年会費>

正会員：	5,000 円
学部学生：	無料
企業会員：	50,000 円

<振込先口座>

北海道銀行 本店営業部
(社) クリニカルバイオバンク学会 代表理事 西原広史
(普) 3 2 7 2 2 6 6

<会員有効期限>

会費は年会費となり、その年の12月から翌年の11月まで(1年間)です。

- * 正会員の方は、振込の際、必ず個人名をお書きください。
- * 本会の会計年度は12月1日～翌年11月30日です。

【お問い合わせ/入会申し込み】

〒007-0835 札幌市東区北35条東15丁目1-17 オーシャンビル4F
(株)モルフォテクノロジー内)

一般社団法人クリニカルバイオバンク学会事務局 担当：小林奈緒美

電話・FAX：011-722-6690 E-mail：clinicalbiobank@ab.auone-net.jp