

公益財団法人不老会

入会申込書

平成 年 月 日

同意書

私は貴会の趣旨に賛同し、大学の医学部・歯学部における医師・歯科医師・医療従事者をめざす学生に対する解剖学の教育及び医師・歯科医師の手術手技研修を含む臨床医学の教育と研究のために献体することをお約束し、家族・親族の同意書を添えて入会の申し込みをいたします。

(なお、次の事項についてどちらか一方に☑を記してください。)

1、眼の不自由な人に角膜（一眼のみ）を提供するため、不老会を通じて愛知県アイバンクに登録することを

承諾します。 承諾しません。

2、私に関する情報が、機関紙「不老」への掲載・不老会の業務に使用されることについて

承諾します。 承諾しません。

申込者	住所	〒□□□-□□□□	
	電話番号	() -	
	ふりがな		
	氏名	Ⓜ	男・女
	生年月日	大・昭 年 月 日生 (歳)	

※備考欄

・家族の会員名等

私どもは申込者 _____ が貴会の趣旨に賛同して入会し、将来、貴会を通じて大学に献体することについて同意し、かつ、その意思を実行することをお約束いたします。

また、遺骨は所定の時期に取り扱います。

同意者	住所	〒□□□-□□□□
	電話番号	() -
	ふりがな	
	氏名 (自署)	Ⓜ 続柄 Ⓜ年齢 (歳) ()
	住所	〒□□□-□□□□
	電話番号	() -
	ふりがな	
	氏名 (自署)	Ⓜ 続柄 Ⓜ年齢 (歳) ()
	住所	〒□□□-□□□□
	電話番号	() -
	ふりがな	
	氏名 (自署)	Ⓜ 続柄 Ⓜ年齢 (歳) ()

※事務局記入欄

会員番号	登録大学	登録年月日
		平成 年 月 日