日本医療毛髪再生研究会　御中

**会員資格更新書**

私は、裏面記載事項を承諾のうえ、日本医療毛髪再生研究会（以下、　「貴研究会」という。）への　入会を申し込みいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | ２０　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |
| 医師名 | ㊞ |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 | 〒 |
| 電話番号 | □　勤務先　　□　個人　　□　個人携帯  （　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　） |
| メールアドレス | □　勤務先　　□　個人  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 会員区分 | □　個人会員　（医師の方）  □　賛助会員　（医療法人を除く団体、個人の方） |

※ 裏面もご確認・ご記載ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記載欄 | 受　付 |  | 会員番号 |  |

記

**１．　ハーグプラス®（HARG+****®）療法 （以下、「本療法」という。）プロトコルを遵守し、 本療法の発展に寄与致します。**

**２．　本療法の実施にあたって、貴研究会が指定する製剤（ExoCoBio社製　『ASCE+ HRLV』、　以下、「本製剤」という。）を入会日時点における国内独占代理店を通じて調達し、本製剤のみを　　施術に使用致します。**

**３．　本療法の施術料金は、1回当たり80,000円（税別**）の下限を遵守致します。

**４．　貴研究会による本療法実施状況の調査に協力致します。**

**５．　『HARG®』 商標及び『ハーグプラス®（HARG+®）』　商標 （以下、「本商標」という。）は、貴研究会の会員になることで、貴研究会から通常実施権を得るものであることを理解し、本商標の使用に　当たってはいかなる変更（追加、修正、変換等）も行いません。また、本誓約書に違反した場合あるいは貴研究会から退会した場合は、本商標の実施権を喪失することを承諾致します。**

**６．　当院で本療法の実施を中止する場合、速やかに貴研究会事務局に連絡し、貴研究会からの退会に必要な手続きを行います。**

**7. 貴研究会に入会するにあたり、年会費**20,000円を**納付致します。本研究会の会計年度は　　　　4月1日～翌年3月31日であり、年会費は当該年度のみ有効となります。**

以上

日本医療毛髪再生研究会のホームページ（<https://www.hargplus.com>）に会員医師名、会員が所属する施設情報（会員１名につき1施設）を掲載することができます。

ご掲載を希望される場合は、以下の情報を当研究会事務局（[contact@hargplus.com](mailto:contact@hargplus.com)）まで　　ご連絡頂きますようお願い致します。

◆**掲載を希望する連絡先**　　　※表面のお申込情報と異なる場合のみご記載下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　　‐　　　　　　　　　　　　　） |
| メールアドレス | @ |

注） 会員１名につき1施設のみの掲載とさせていただきます。