

「骨盤外科機能温存研究会」

個人会員

ご入会申込書

| | | |
|---|---|----------------|
| 氏名 | ふりがな | |
| | | |
| 所属施設・科名 | | |
| 専門分野 | | |
| 出身大学 | | |
| 職歴 | | |
| 主たる研究テーマ | | |
| 年会費 | 個人会員 3,000 円 | |
| 年会費お支払方法 | 郵便の払い込みにてお願いいたします。 (入会手続き完了後、書類をお送りいたします。) | |
| ご連絡先につきましては、ご自宅または、所属施設のいずれかを明記願います。 (Tel、Fax は、市外局番からお願い致します) | | |
| 資料送付 希望先資料 送付 | (自宅) 〒 — | Tel Fax |
| | (所属施設) 〒 — | Tel Fax |
| Eメールアドレス (1つのみ可) | 自宅： 所属先： | |
| 入会日 | 平成 年 月 日 | |

大変お手数ですが以上を御記入の上、e-mail または FAX (03-3702-1572) にてご送信ください。

また、年会費につきましては入会手続き完了後に振込用紙等をお送りいたします。