

「骨盤外科機能温存研究会」

施設会員

ご入会申込書

申込者氏名	ふりがな	
施設名		
施設代表者		
専門分野（登録名）		
施設代表者 出身大学		
施設代表者 職歴		
主たる研究テーマ		
年会費	施設会員 10,000 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（Tel、Fax は、市外局番からお願い致します）		
施設 所在地	〒 —	Tel Fax
資料送付 希望先	〒 —	Tel Fax
ご請求書 送付先 ご担当者名	〒 — ご担当者名	Tel Fax
Eメールアドレス		
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。