

臨床解剖研究会入会申込書

下記の該当会員欄にご記入のうえ (*は必須項目), email, FAX または郵便にて事務局にお送りください。
年会費はゆうちょ銀行 (口座番号 00160-2-365056 加入者名 臨床解剖研究会), 三菱東京 UFJ 銀行春日町支店 (普通預金 1450222 臨床解剖研究会 代表佐藤達夫), または みずほ銀行九段支店 (普通預金 8050576 臨床解剖研究会 代表佐藤達夫)にご送金ください。払込受領書をもって領収書に代えさせていただきますが, 改めて領収書をご入用の場合は事務局までご連絡ください。

《施設会員》 年会費 12,000 円

施設名* (講座・教室・診療科あるいは研究室の単位)

施設名の英文名称 _____

住所* 〒 _____

電話* _____ - _____ - _____

FAX* _____ - _____ - _____

e-mail address _____ @ _____

ふりがな
施設代表者 (肩書き) * _____ (_____)

施設代表者の英文氏名 _____

《個人会員》 年会費 3,000 円 紹介会員氏名* _____

ふりがな
氏名* _____ 英文氏名 _____

勤務先 (肩書き) * _____

勤務先の英文名称 _____

住所* 〒 _____

電話* _____ - _____ - _____

FAX* _____ - _____ - _____

e-mail address _____ @ _____

自宅住所 〒 _____

電話 _____ - _____ - _____

FAX _____ - _____ - _____

(郵便物送付先を■にしてください。自宅に送付希望の方は自宅住所等もご記入ください)

●平成 _____ 年度会費として (会計年度は4月1日から翌年の3月31日まで)

ゆうちょ銀行／三菱東京 UFJ 銀行春日町支店／みずほ銀行九段支店 より送金しました
(該当を○で囲んでください)

●臨床解剖研究会 事務局 <http://www.jrsca.jp/>

〒135-0063 東京都江東区有明2-9-1 東京有明医療大学学長室内 臨床解剖研究会事務局分室 (担当 坪井)

電話 03-6703-7000 (内 111) FAX 03-6703-7100 y-tsuboi@tau.ac.jp