

日本女性骨盤底医学会 入会申込書 (個人一般会員用)

会員番号

こちらの用紙は個人用です。企業所属の方は「賛助会員」用紙にてお申込み下さい。

事務局 記入欄	入会金	年会費	S	E	F
	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未

年 月 日

※印は必須事項です。ご記入頂きますようお願い致します。

※フリガナ	姓	名	※生年月日
			西暦 年 月 日
※姓名			※連絡先
			所属先 ・ 自宅
※職種	医師 ・ 看護師 ・ その他()		* 学会誌や学会開催案内の送付先となります。
※E-mail	@		

◆ 所属機関 ◆

※機関名			
※部署名	産婦人科 ・ 泌尿器科 ・ 外科 ・ その他()		
※住所	〒 —		
※TEL	—	FAX	—

◆ 自宅 ◆ (※連絡先にご自宅を選択された方は必ずご記入下さい。)

住所	〒 —		
TEL	—	FAX	—

用紙にて学会事務局へ申し込み後、「入会金」「年会費」の納入完了を以って入会手続き終了となります。

初年会費 : 入会金 5,000円 年会費 5,000円(4月1日～3月31日を1年度とする)

入会申込書 送付先 ・ 問い合わせ先					
住所	〒545-8585 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-4-3 大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学講座内 日本女性骨盤底医学会 事務局 宛	TEL	06-6645-3941		
		FAX	06-6646-5800		
入会金・年会費 振込先					
機関名	三菱東京UFJ銀行 阿部野橋西支店	口座種類	普通	口座番号	1050399
口座名	日本女性骨盤底医学会 事務局代表 角 俊幸 (ヨミ: ニホンジョセイコツバンテイイガクカイ ジムキョクダイヒョウ スミ トシユキ)				