

日本女性骨盤底医学会 入会申込書 (賛助会員用)

会員番号

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。

◆ 所属機関 ◆

※機関名				
※部署名				
※住所	〒	—		
※TEL	—	—	※FAX	—
代表者名				

◆ ご担当者様 ◆

※フリガナ	姓	名	※TEL(携帯)
			—
※姓名			職名
※E-mail	@		

◆ 振り込み予定日 ◆

※振り込み予定日	年 月 日
----------	-------

振り込み予定日を過ぎてもご入金の確認が出来ない場合はご連絡させて頂くこともございます。

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 50,000円 年会費 50,000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パンテイイガクカイ ジムキヨクダイヒヨウ スミ トシユキ)				