

入会申込書

兵庫医科大学医学会

会 長 野 口 光 一 殿

兵庫医科大学医学会の趣旨に賛同し入会いたします。

なお、年会費は下記の「会費支払」欄のとおり納入いたします。

申 込 日	年 月 日														
会員区分	<input checked="" type="checkbox"/> 正会員（ <input type="checkbox"/> 学内者 <input type="checkbox"/> 学外者 <input type="checkbox"/> 父兄） <input type="checkbox"/> 準会員														
フリガナ							教職員番号(学内者のみ)								
氏名	(在学者名：)印														
自宅住所	〒														
自宅連絡	電話							FAX：							
								E-mail：							
勤務先名															
勤務先所属部署	(学内：)							職 名	教職員、客員教授、非常勤講師、研究生、大学院生、臨床研修医、その他(卒業生、父兄、)						
勤務先住　所	〒														
勤務先連　絡	電話							FAX：							
								E-mail：							
会費支払	<input checked="" type="checkbox"/> 正会員　4,000円				<input type="checkbox"/> 毎年6月分の給与から納入します。 (ただし、初年度は申込みの翌月給与から納入します)										
	<input type="checkbox"/> 準会員　10,000円				<input type="checkbox"/> 郵便振込により納入します。 (口座名：兵庫医科大学医学学会、口座番号：01160-4-72257)										
雑誌等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅　　　　　　　　　　　(必ず、いずれか <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先　　　　　　　　　(学内者は、各部署に配布いたします)														

入会申込書にご記入頂きました個人情報、兵庫医科大学医学部に必要な事務手続き及び機関誌等の送付に使用すると同時に、本会が催しする事業のご案内及び各種情報提供の目的のみに使用いたします。