

入会申込書

医学開成会 事務局長 殿

貴会の趣旨に賛同し、入会を希望いたします。ご承認くださるようお願い申し上げます。

申込者記入欄

(フリガナ)			
氏 名			
勤務先		専門領域	職位
電話 携帯	内線	FAX	開成高校卒業年 (年)
E-mail			
所在地 (〒)			

現住所 (〒)		
電話	FAX	E-mail

卒業医学部名

卒業年 (年)	
----------	--

事務局からの連絡先を指定して下さい。(○で囲んでください。)

勤務先	現住所	(総会・会員様向けの案内の連絡先となります。)
-----	-----	-------------------------

※本会では事務局から、総会、会員様の主催学会・シンポジウム、その他のご案内をメールにて送付しております。案内メールの送付をご希望されない場合は、下記にチェックをお願いいたします。
 案内メールの送付を希望しない。

年会費： 3,000円

<p>会費は下記口座にお振込み下さい。</p> <p>千葉銀行 本店営業部 普通預金 口座3919547</p> <p>名義：医学開成会 事務局長 松原 久裕</p>

<p>申込書送付先 医学開成会事務局</p> <p>E-mail: office@igaku-kaiseikai.jp</p> <p>FAX:03-5820-1898</p>
--

事務局記入欄		
原簿	会計	備考