

日本比較臨床医学会 入会申込書

貴学会に入会を申し込みます。

年 月 日

フリガナ			
氏名			
勤務先	名称	所属部署	
	住所	〒	TEL - - FAX - -
E-mail	(メールアドレスはご記入ください)		
自宅住所	〒	TEL - - FAX - -	
雑誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅 いずれかに○をつけてください。		
会員区分	1. 正会員 2. 若手会員 (35歳未満; 生年月日 年 月 日) 3. 学生会員 (学校名・学年;)		
<p>会計年度は4月から翌年3月までです。会費は、正会員 7,000 円、若手会員 4,000 円、学生会員 3,000 円です。次のいずれかの方法で送金し、その番号に○印をつけて下さい。</p> <p>1. 銀行振込 (振込手数料はご負担ください) 足利銀行 峰町支店 普通預金 口座番号 5061852 口座名義 日本比較臨床医学会 会計 小谷和彦</p> <p>2. 現金書留 (事務局宛にお送りください)</p>			

日本比較臨床医学会事務局

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1

自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

TEL 0285-58-7394 FAX 0285-44-0628 E-mail jaccm-j@jichi.ac.jp