

日本シミュレーション外科学会 入会申込書

申込年月日	20 年 月 日	会員番号	(事務局記載欄)
入会年度	年度 ※当学会の年度は10月から9月となっておりますので、入会希望年度を必ずご記入ください。		

会員種別	いずれかを○で選択ください 1. 正会員 2. 準会員(学生) 3. 賛助会員(□)
------	---

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日
英文氏名	英文敬称 Dr. Ms. など ()		

連絡先指定	* 学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。(いずれかを○で選択ください) 1. 勤務先 2. 自宅
-------	---

勤務先情報	所 属		
	所属部署	役職	
		職名	
	所属住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	e-mail		

自宅情報	自宅住所 〒		
	TEL ()	FAX ()	
	携帯電話 ()		
	e-mail		

最終学歴	学校名 (西暦 年 月 卒業 ・ 卒業予定)
------	------------------------------------

専門分野	
------	--

■送付先(郵送、ファックス、E-mailにてお送り下さい)■

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12 新宿ラムタックスビル (株)春恒社 学会事務部内 ○○学会 会員係 行
TEL: 03-5291-6231/FAX: 03-5291-2176

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----

裏面

〔学会入会申込について〕

- ① 入会ご希望の方は、上記の入会申込票に必要事項をご記入後、学会事務局まで郵送またはE-mailにてお送りください。
- ② 郵便局備え付けの振込用紙をご利用のうえ、入会金・年会費をお振込みください。

加入者名（払込先）：日本シミュレーション外科学会

口座番号：00160-2-600283

・正会員（医師、それ以外の研究者）

入会金 5,000 円 年会費 5,000 円 計 10,000 円

・準会員（学生）

入会金 5,000 円 年会費 2,000 円 計 7,000 円

※入会申込票の受理、入会金・年会費のお振り込みを確認させていただいた後、入会の手続きを始めさせていただきます。