

日本臨床泌尿器科医会 事務局御中

FAX 0798-65-0863

年 月 日

入会申込書

氏名

氏名 カガナ

氏名 ローマ字表記

生年月日 西暦

年

月

日

性別

男性

女性

自宅住所 〒

TEL

FAX

メールアドレス（携帯は不可）

勤務先（部科もご記入下さい）

勤務先住所 〒

TEL

FAX

連絡先（いずれかに○印を付けて下さい。）

勤務先

自宅

所属（いずれかに○印を付けて下さい。）

開業医（診療所開設者）

勤務医

その他（

）

（開業・開設

年

月

日）

通信欄

※年会費 開業医（開設者）20,000 円 勤務医 その他 3,000 円

会費は振込用紙を送付しますので ゆうちょ銀行でお支払い下さい