

関東甲信越地方会 入会申込書

会員番号 T

入会年月日

- Step1 :** 規則をお読み下さい。 <http://square.umin.ac.jp/jats-knt/data/rule.html>
- Step2 :** 下記項目をご記入または選択願います。**全て必須項目**となります(無い箇所は斜線などでお知らせください)。

氏名	フリガナ		入会組織	<input type="checkbox"/> 関東甲信越地方会		
	漢字			<small>本年のみの入会はお申し出</small> 新入会 <input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 継続入会(会員歴継続) <input type="checkbox"/> 賛助会員(企業・団体) <input type="checkbox"/> 再入会		
	ローマ字		入会区分			
勤務先	名称					
	所属科					
	住所	〒				
	TEL	<input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 医局 <input type="checkbox"/> 直通	内線	FAX	<input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 医局 <input type="checkbox"/> 直通	
E-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> UMIN					
自宅	住所	〒				
	TEL			FAX		
		* 携帯の場合は下部の欄に				
生年月日	西暦	年	月	日	専門 <input type="checkbox"/> 心臓・大血管 <input type="checkbox"/> 肺縦隔 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定	
性別						
最終学歴	大学	西暦	年	月	日	卒業
	大学院	西暦	年	月	日	修了
医籍登録	登録年月日	西暦	年	月	日	
	番号					
携帯電話						
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 要旨集不要				
事務局への連絡欄(適宜)						

Step3 : 申込書郵送

〒112-0004 文京区後楽2-3-27
テラル後楽ビル1階 日本胸部外科学会関東甲信越地方会

Step4 : 年会費ご納入

一般会員・再入会・賛助会員
(* 継続入会は除く 申込書郵送のみ)

下記口座にお振込みください。事務局着金日を入会年月日といたしますが**会員登録は申込書到着・年会費ご入金が揃ってから**行います。

入会組織	関東甲信越地方会		
年会費	一般会員	¥ 5,000	賛助会員
<small>* 購読料含む</small>	再入会		¥ 100,000

銀行振込	銀行名	みずほ銀行 飯田橋支店(店番号061)
	口座番号	(普通)2732663
	名義	ニホンキョウブゲカガツカイカントウコウシンエツチホウカイ

Step5 : 振込完了連絡

氏名、勤務先名称をご記入の上、振込を終えた旨 jatsknt-adm@umin.ac.jp までお知らせ願います。

	事務局 記入欄	申込書受理日
	登録 処理	