入会申込書

一般社団法人

日本コンピュータ外科学会理事長　殿

　　　　貴学会の趣旨に賛同し、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。

　　　　　　年　　月　　日（西暦）必ずご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　（申込者氏名）

会員種別：　維持会員

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み口数 | 　　　　　　口 |

登録会員（1口につき，2名までの登録が可能です．）
＜代表者（登録会員１）＞

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏　名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
|  |  |  |
| 電話 | 内線 | FAX | 　 |
| E-mail |
| 所在地（〒　　　　　　　　） |

・会費の請求は代表者にさせていただきます．

・次ページ以降の登録会員名を申し込み口数に応じてご記入ください．（1口につき2名まで登録可）
　足りない場合は適宜追加ください．

・会誌・名簿等の発送は各登録会員へ発送いたします．

会費：　　維持会員：１口　２０，０００円（1口追加ごとに２０，０００円追加）

会費は下記口座にお振込み下さい。

　　郵便振替口座　　番号：　００１８０－８－３００５５１

　　名義：　一般社団法人　日本コンピュータ外科学会

|  |
| --- |
| 事務局記入欄 |
| 原簿 | 会計 | 備考 |

（登録会員２）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏　名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
|  |  |  |
| 電話 | 内線 | FAX | 　 |
| E-mail |
| 所在地（〒　　　　　　　　） |

（登録会員３）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏　名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
|  |  |  |
| 電話 | 内線 | FAX | 　 |
| E-mail |
| 所在地（〒　　　　　　　　） |

（登録会員４）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏　名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
|  |  |  |
| 電話 | 内線 | FAX | 　 |
| E-mail |
| 所在地（〒　　　　　　　　） |

（登録会員５）

|  |
| --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 氏　名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 生年月日（西暦） |
| 勤務先（学校） | 所属（学部等） | 肩書 |
|  |  |  |
| 電話 | 内線 | FAX | 　 |
| E-mail |
| 所在地（〒　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 事務局記入欄 |
| 原簿 | 会計 | 備考 |