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：　　正会員　　学生会員　　　（　○で囲む　）

申込者記入欄（楷書でお願いします。）

|  |
| --- |
| (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 | 卒業予定年月（　　　　年　　月）現在学生の場合記入　 |
| E-mail |
| 所在地（〒　　　　　　　　） |
|  |
| 現住所（〒　　　　　　　　） |
| 電話 | FAX | E-mail |
| 海外在住の方は下記国内連絡先をご指定下さい。 |
| 国内連絡先（〒　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 発送先を指定して下さい。（○で囲んでください。） |
| 　　勤務先　　　現住所　 連絡先 | 　(会誌・名簿等の発送及び案内の連絡先となります。） |
| ※本学会では，月1回程度事務局から，主催学会・シンポジウム，協賛学会・シンポジウム，その他のご案内をメールにて送付しております．案内メールの送付をご希望されない場合は，下記にチェックをお願いいたします．□　案内メールの送付を希望しない．会費：　　： １３，０００円（入会金　１，０００円、　年会費　１２，０００円）　　　　　 学生会員： ３，０００円（入会金　　　５００円、　年会費　　２，５００円）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 |