**《 入　会　届 》**

鹿児島救急医学会

会長　垣花　泰之　殿

ふりがな

氏　　名

勤務先名

自宅住所　〒

生年月日

会員種別　（　）一般会員（医師）

　　　　　（　）賛助会員（団体）

　　　　　（　）協力会員（医師以外の医療従事者）

会費について　　（　）引去り　・（　）請求書

　　※引き去りを希望される場合は、下記の念書へご記入下さい。なお、お取り扱いは鹿児島銀行・南日本銀行・医師信用組合のみとなりますのでご留意ください。

　※医師会員外の先生は必ず医籍登録番号をご記入下さい。

　　【医籍登録番号】

|  |
| --- |
| **念　　書**  　鹿児島救急医学会　御中  　私は、鹿児島救急医学会に対し、平成30年度より下記事項の取扱いを承諾し、これに関する一切の手続きを依頼致します。  　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　印  １．引去りに関する事項  　　　鹿児島救急医学会会費（年１回・７月）  一般会費（医　師）　３，０００円  賛助会費（団　体）１０，０００円  協力会員（医療関係者）　１，０００円  　２．引去り口座  　　（ 鹿児島 ・ 南日本 ・ 医師信用 ）銀行  　　　　　　支店（普通・当座）口座番号№ |

顧客番号（　　　　　　　）

処理年月日 年　　月　　日