**《 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（　）正会員（医師）

　　　　 （　）正会員（医師以外の救急医療に携わる者）

　　　　（　）賛助会員

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、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）  正会員（医師）　3,000円  正会員（医師以外の救急医療に携わる者）　1,000円  協力会員 10,000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