

《 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注意ください。

※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 No. _____

ふりがな
口座名義 _____

顧客番号 ()
処理年月日 年 月 日