

《 入 会 届 》

鹿児島救急医学会長 殿

ふりがな

氏 名

所属先名

※賛助会員は団体等の名称

自宅住所

〒

※賛助会員は団体等の住所

生年月日

※賛助会員は記載不要

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 (賛助会員は代表者名)

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

賛助会員 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