**日本臨床泌尿器科医会 事務局御中**

**FAX 0798-65-0863** 　　　　 年　　 月　　 日

**入会申込書**

氏名　：

氏名 ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　氏名 ローマ字表記

生年月日　西暦　　　　年　 　月　　日　　　　　性別： 　男性　 女性　　未回答

自宅住所 　〒

TEL：　　　 　 　 　　　　　　FAX：

メールアドレス（携帯は不可）：

勤務先（部科もご記入下さい）：

勤務先住所：　〒

TEL：　　 　 　 　　　　　　　FAX：

連絡先（いずれかに◯印を付けて下さい。）：　勤務先　　　　自宅

所　属（いずれかに◯印を付けて下さい。）：

開業医（診療所開設者）　　　　　勤務医 　　　専攻医　　　　その他（　　　　　　）

(開業・開設　　　　　　年　　月　 日）

通信欄：

**医籍番号（必須）：**

**医籍取得年月日（必須）：**

**日本泌尿器科学会会員番号（必須）：**

**日本泌尿器科学会入会年月日（無料会員のみ必須）：**

　　※年会費　開業医（開設者）20,000 円　勤務医 その他 3,000 円

　　　専攻医会員（無料）

　　　　会費は振込用紙を送付しますので ゆうちょ銀行でお支払い下さい