

日本臨床泌尿器科医会 事務局御中

FAX 043-332-9773

年 月 日

入会申込書

氏名 : _____

氏名 フリガナ _____ 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