

日本消化器がん検診学会中国四国支部入会届

学会受付

ふりがな			
氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日生
自宅住所	(〒)	電話	()
勤務先 (自宅で開業の場合は医院名)		職種	医師 放射線技師 保健師 その他
勤務先住所	(〒)	電話	()
プログラムの送付先	自宅 勤務先 (どちらかに○をつけて下さい。)		

今回日本消化器がん検診学会中国四国支部に入会したいので、年会費2,000円を添えて申し込み致します
(放射線技師の方は技師部会費1,000円を加算し計3,000円となります。年会費の口座振込みの際は払込表の写しを添付してください。)

年 月 日
氏 名

印

【振込先】郵便振替口座:01280-1-41612
【口座名】日本消化器がん検診学会中国四国支部