

長崎県臨床細胞学会 入会・退会・変更届け

平成 年 月 日

入会済 新入会 退会 変更 (*チェックを入れて下さい)

氏名	ふりがな
職 種 どちらかにチェックを 入れて下さい	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 細胞診専門医 (No.)
	<input type="checkbox"/> 細胞検査士 (No. JSC: IAC:)
所属機関名	
勤務先住所 (自宅住所)	〒
	TEL: FAX:
	E-mail:
備 考	

- * 記載された個人情報、当会活動以外の目的には使用いたしません。
- * 入会希望の方は、会費納入後の入会処理となりますのでご注意願います。
- * 自宅会員の方は、自宅住所をご記入下さい。郵便物発送に必要です。
- * 自宅に郵便物発送を希望される方は、自宅住所をご記入下さい。
- * 退会届け提出時に滞納会費がある場合は、会費納入後の退会処理となりますのでご注意願います。

下記宛へ FAX / E-mail のいずれかでお送り下さい。

送信先：長崎大学原研病理 松田 勝也 宛

FAX : 095-819-7108 E-mail : katsuya@nagasaki-u.ac.jp

会費は下記へお振り込み下さい。

会 費：4,000 円（長崎県臨床細胞学会：2,000 円・九州連合会：2,000 円）

振込み先：ゆうちょ銀行 【口座記号】17660 【口座番号】20301641

【口座名】長崎県臨床細胞学会 (ながさきけんりんしょうさいたけがくかい)

他金融機関から振込みの場合

【振込先】：ゆうちょ銀行 【店 名】七六八店 (読み ナナロクハチ)

【店番】768 【預金種目】普通預金 【口座番号】2030164

【口座名】長崎県臨床細胞学会 (ながさきけんりんしょうさいたけがくかい)