

西暦 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
臨床細胞学会 会員番号	
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：長崎県臨床細胞学会事務局 松田 勝也（長崎大学原研病理） 宛

E-mail : nagasaki.cytology@gmail.com FAX : 095-819-7108

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 (ナガサキケンリョウシヨウサキガクカイ)