

2023年4月吉日

長崎県臨床細胞学会  
会 員 各 位

長崎県臨床細胞学会  
会 長 中 島 正 洋



## 会費納入についてのお願い

拝啓

陽春の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、2023年度（2023年4月1日から2024年3月31日まで）長崎県臨床細胞学会会費（2,000円）および九州連合会会費（2,000円）を納入していただきたく、ご案内を申し上げます。

会費は、郵貯銀行への口座振込にてご入金いただきますようお願い致します。なお、ご入金時の“送り主”は個人名をご入力下さい。また、複数名の会費を一括でご入金いただく場合は事務手続き上、会員名を下記連絡先にご連絡いただければ幸いです。

ご協力とご理解を賜りたく、重ねてお願い申し上げます。

敬具

記

会 費：4,000円

振込期限：2023年 9月 30日

振込先：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（ナガサキケンリンショウサイバウガクカイ）

### 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（ナガサキケンリンショウサイバウガクカイ）

以上

ゆうちょ銀行への振込控えをもって領収書の代わりとさせていただきますが、別途本学会の領収書が必要な方はご連絡いただければご送付いたします。

連絡先：市来 奈津子 TEL：0957-52-2161 FAX：0957-52-2199 （大村市民病院）

Email：natsukoi@jadecom.jp