

## 臨床解剖研究会入会申込書

下記の該当会員欄にご記入のうえ (\*は必須項目), email, FAX または郵便にて事務局にお送りください。  
年会費はゆうちょ銀行 (口座番号 00190-8-664768 加入者名 臨床解剖研究会), 三菱東京 UFJ 銀行春日町支店 (普通預金 1450222 臨床解剖研究会事務局長 伊藤正裕), または みずほ銀行九段支店 (普通預金 8050576 臨床解剖研究会)にご送金ください。払込受領書をもって領収書に代えさせていただきますが, 改めて領収書をご入用の場合は事務局までご連絡ください。

### 《施設会員》 年会費 12,000 円

施設名\* (講座・教室・診療科あるいは研究室の単位)

施設名の英文名称 \_\_\_\_\_

住所\* 〒 \_\_\_\_\_

電話\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

e-mail address \* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ふりがな  
施設代表者 (肩書き) \* \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

施設代表者の英文氏名 \_\_\_\_\_

### 《個人会員》 年会費 3,000 円 紹介会員氏名\* \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名\* \_\_\_\_\_ 英文氏名 \_\_\_\_\_

勤務先 (肩書き) \* \_\_\_\_\_

勤務先の英文名称 \_\_\_\_\_

住所\* 〒 \_\_\_\_\_

電話\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

e-mail address \* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(郵便物送付先にをしてください。自宅に送付希望の方は自宅住所等もご記入ください)

●平成 \_\_\_\_\_ 年度会費として (会計年度は4月1日から翌年の3月31日まで)

ゆうちょ銀行/三菱東京 UFJ 銀行春日町支店/みずほ銀行九段支店 より送金しました  
(該当を○で囲んでください)

●臨床解剖研究会 事務局 <http://www.jrsca.jp/>

〒160-8402 東京都新宿区新宿6-1-1 東京医科大学人体構造学分野内 臨床解剖研究会事務局 (担当 小川)

電話 03-3351-6141 (内 231) FAX 03-3341-1137 [jrsca@tokyo-med.ac.jp](mailto:jrsca@tokyo-med.ac.jp)