

## 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), e-mail, 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 00140-1-731127 加入者名 **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。

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

氏名\* ふり がな \_\_\_\_\_ 英文氏名 \_\_\_\_\_

生年月 昭和/平成 \_\_\_\_年\_\_月

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 より送金しました

●臨床解剖研究会 事務局 <http://www.jrsca.jp/>

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45 東京医科歯科大学 臨床解剖学分野内

臨床解剖研究会 事務局 (担当 秋田恵一)

電話 03-5803-5390      FAX 03-5803-0116

email: [jrsca-society@umin.ac.jp](mailto:jrsca-society@umin.ac.jp)