

## 日本小児放射線学会入会申込書

年 月 日記入

ツガナ 氏名		生年月日	19 年 月 日生
		性別	男 ・ 女
勤務先名		所属科	
所属分類	(該当する項目に○をつけて下さい。) 放射線科・内科系・外科系その他		
勤務先 住所	〒		
	TEL	FAX	
自宅住所	〒		
	TEL	FAX	
E-mail			
郵便物 送付先	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○をつけて下さい。)		

会費振込先

ゆうちょ銀行 〇一九店 (ゼロイチキューウ店)

当座預金：口座番号：0562313

カナ氏名：ニホンショウニハウシャセンガツカイ

☆会費 9,000 円は \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に振り込みました。

\* 申込書は下記宛に F A X ・ 郵送のいずれかでお送りください。

〒355-0055 埼玉県東松山市松風台 4-62

日本小児放射線学会事務局(メディカル教育研究社内)

電話 0493-35-3305 FAX 0493-35-4587

事務局記入欄

受領日： \_\_\_\_\_

会員番号： \_\_\_\_\_