

返信先：日本臨床麻酔学会事務局 FAX：086-231-0565

☆fax またはご郵送にて必ず事務局までご返送ください。☆準会員の場合は、施設長の証明書を添えて提出ください。

日本臨床麻酔学会入会申込用紙

記入年月日 平成 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 再入会 <input type="checkbox"/> 新入会 <input type="checkbox"/> 準会員			
フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
ローマ字	生年月日 年 月 日		
氏名	第37回大会において <input type="checkbox"/> 演者 <input type="checkbox"/> 共同演者 <input type="checkbox"/> いずれでもない		
勤務先	名称	所属	教室科
	住所	〒 -	
	TEL	FAX	
自宅	住所	〒 -	
	TEL		
E-mail			
連絡先 (配布物送付先□にチェックください) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			
①会員名簿掲載事項 (□にチェックください) <input type="checkbox"/> 連絡先に勤務先住所を掲載する (自宅住所は掲載しません) <input type="checkbox"/> 連絡先に自宅住所を掲載する (勤務先の登録がない場合は自宅住所のみ掲載) <input type="checkbox"/> 会員番号、氏名のみの掲載			
②入会手続き完了後、最新号の学会誌をご送付致します。それ以前の学会誌を必要とされる場合は□にチェックください。 <input type="checkbox"/> バックナンバーを希望する (但し、在庫に限りがあるため、在庫分のみの送付になります。お届けできない場合はご容赦いただきますようお願い致します。※準会員への学会誌送付は行ないません。)			
事務局記入欄			
年 月 日 (年度入会) ID :		伝票 NO	<input type="checkbox"/> 雑誌送付

◆年会費 12000 円を送金ください。

①郵便振替にてご送金の場合、こちらに郵便振替払込受領書を貼り付け下さい。

口座番号：01250-3-7880

名義：日本臨床麻酔学会事務局

②下記指定口座にご送金の場合、受領書の貼り付けは不要です。振込日をご記入ください。

振込日 年 月 日

ゆうちょ銀行 店番：129

店名：一三九店

預金種目：当座

口座番号：0007880

名義：日本臨床麻酔学会事務局

◆準会員は年会費無料です。

下記ご記入の上、施設長の証明書 (様式自由) といっしょにご提出ください。

留学生

初期臨床研修医

期間： 年 月 日

～ 年 月 日

日本臨床麻酔学会ご入会 (再入会) の手続きが終了いたしました。なお、会員番号は演題登録等、諸手続きにおいて必要となりますので大切に保管ください。登録内容の変更がありましたら下記まで連絡いただきますようお願い致します。

★ 様の ID 番号 (会員番号)

入会年月日 年 月 日 / 年度新 (再) 入会員になります。

平成 年 月 日

日本臨床麻酔学会事務局 〒700-8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1 メールアドレス：jsca-head@umin.ac.jp

岡山大学医学部麻酔・蘇生学教室 TEL：086-235-7330,086-231-0523(direct) fax 086-231-0565