

送信先：日本臨床麻酔学会事務局 FAX：086-231-0565

☆FAX または郵送にて事務局までお送りください。 ◆準会員入会申込には、施設長の証明書を添えて届出ください。

日本臨床麻酔学会 入会申込書

記入年月日 西暦 年 月 日			
届出種別： <input type="checkbox"/> 正会員再入会 <input type="checkbox"/> 正会員新入会 <input type="checkbox"/> 準会員新入会			
氏名フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名ローマ字 (姓・名)	生年月日 年 月 日		
氏名	第 39 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	〒 ー	
	TEL	FAX	
自宅	住所	〒 ー	
	TEL		
E-mail			
配付物送付希望先： <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			

◎入会登録後、正会員の方へは学会誌 最新号をお送りいたします。
合わせて以前の号をご希望の場合は、次の□にチェックください。
 学会誌バックナンバーを希望する（在庫限り・申込先着順での送付となります。お送りできない場合はご容赦ください）

◆準会員の方への学会誌送付は行いません。

以下 事務局使用欄

年 月 日 (年度 新・再 入会) ID：	入金通知番号：	<input type="checkbox"/> 雑誌送付
------------------------	---------	-------------------------------

日本臨床麻酔学会 {新入会・再入会} 会員登録の手続きが完了いたしました。
この会員番号は、大会の演題登録等 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。
登録内容に変更がありましたら、会員マイページでの変更登録か変更届のご提出をお願いいたします。

★ 様の会員番号 (ID)：

入会年月日 _____年 _____月 _____日 / _____年度 {新・再} 入会です。
西暦 年 月 日

◇正会員入会申込時には
年会費 12,000 円を ゆうちょ銀行の
振替か振込にて送金ください。

①ゆうちょ銀行の振替にて送金の場合：
振替受付票か振替払込受領証（郵送申込の
場合はコピー）をこの枠内に貼付ください。

口座記号番号：01250-3-7880
名義：日本臨床麻酔学会事務局

②ゆうちょ銀行口座への振込送金の場合：
依頼人カナ氏名に続けて、勤務先名称等を
追記ください。受領証等の貼付は不要です。
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：一二九店（イチニキュウ）
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、本書に施設長の証明書
(様式自由)を添えてお申込みください。

留学生

初期臨床研修医

予定期間： 年 月 日
～ 年 月 日