一般社団法人　日本小児外科学会

賛助会員　入会申込書

申込年月日：２０　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員種別 | 賛助会員 | 入会年度 | 年度 |
| ■氏名■（団体としての申し込みの場合は担当者名、個人の場合はご本人） | | | | |
|  | 姓(Family name) | 名(Given name & Middle name) | | | | |
| フリガナ |  |  | | | | |
| 氏　　名 |  | ㊞ | | | | |
|  | | | | | |

■企業情報■（団体としてお申込の場合のみ、以下にご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企 業 名（名称及び部署・部課） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 |  |  |  | － |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | | | (内線　　　　) | | | FAX： |
| e-mail： | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■現住所（自宅）情報■（個人としてお申込の場合のみ、以下にご記入ください） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所  （自宅） | 〒 |  |  |  | － |  |  | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | | | | | | FAX： |
| e-mail： | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込口数 | 口（賛助会員の会費は1口：50,000円です）ご希望の申込口数をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Web用パスワード（英数字4ケタ以上） | | |
| 英数字  4桁以上 |  |

入会申込書送付先：〒112-0012　東京都文京区大塚5-3-13　一般社団法人 学会支援機構内

日本小児外科学会事務局　（FAX：０３－５９８１－６０１２）