

## (社) 日本消化器がん検診学会入会届

		※ 会 員 番 号	
ふりがな			男・女
氏 名			
生年月日	西暦	年	月 日 生

勤 務 先	名 称		職 種	1.医師 2.技師(放射線技師等) 3.保健師 4.その他 ( )
	所 属		役 職	
	住 所	〒 -		
	TEL	( )	-	
	FAX	( )	-	
E-mail				@

自 宅	住 所	〒 -		
	TEL	( )	-	

出身大学 卒業年度	大学	西暦	年 3月卒
--------------	----	----	-------

会誌の送り先	自宅	勤務先	(どちらかに○を付けてください)
事務連絡先 各種書類等送先	自宅	勤務先	(どちらかに○を付けてください)

学会員番号	※会員番号は0から始まる5桁となっております。不明な場合は事務局までお問い合わせください。		
推 薦 者 (本学会員)	氏 名		所 属

※入 金	
※入会年月日	年 月 日

年会費12,000円を添えて申込みいたします。

年 月 日

※は学会事務局記載欄です。

氏名 \_\_\_\_\_ (印)