

日本心エコー図学会 新規入会申込書

※ゆうちょ銀行へ入会金・年会費を振込後、入会申込書を事務局宛に郵便(FAX不可)にて送付ください。

(太枠内の全ての項目にご記入ください)

入金確認		ゆうちょ銀行	支店	店番:	金額	円	振込日:	年	月	日
郵送希望先		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			会員番号	入会年月日				
ふりがな		氏名			会員区分	学会誌(英文)購読申込				
生年月日					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日			<input type="checkbox"/> 医師(含獣医師) <input type="checkbox"/> 技師 <input type="checkbox"/> その他	医師: 全員に配布します(年会費10,000円) 技師その他: <input type="checkbox"/> 購読する(年会費9,000円) <input type="checkbox"/> 購読しない(年会費4,000円)	
勤務先	名称・所属 (科・部等まで記入)									
	所在地	〒 -								
	電話番号					(内線)	名簿掲載(※1) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	FAX番号					名簿掲載(※1) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
E-mailアドレス ※学会からのご連絡等に利用します。		ご記入いただいた方には入会手続き完了次第、会員番号をご連絡いたします。					名簿掲載(※1) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
自宅	所在地	〒 -								
	電話番号				FAX番号					
卒業学校 ※必ずご記入ください。					卒業年月	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月			
個人情報保護について (※1)		心エコー図に関連した他学会、研究会等の主催者に対し、発送用タックシールの提供を					<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない			
		※学会事務局がお預かりしている会員の個人情報は他に漏洩いたしません。ただし、関連学会・研究会の主催者に対し、開催通知発送のために情報を提供する場合があります。郵便発送用のタックシール(郵便番号、住所、氏名)のみの提供に限り、デジタルデータでの提供は致しません。承諾の有無について、変更は随時可能です。								

この用紙の裏面左端に年会費振込の郵便局控えコピー(原本は保管して下さい)を貼り付けて下さい

(※1)チェック欄に記入のない場合は、名簿掲載、タックシールの提供について了承されたものと致します

《送付先》〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-3-12明幸ビル6F 日本心エコー図学会事務局「新規入会」係