

復会申請書 (資格喪失時)

申請日	年 月 日		
復会希望種別	<input type="checkbox"/> 休会からの復会 <input type="checkbox"/> 再入会 <input type="checkbox"/> 資格継続		郵便物等 郵送先
			<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
(資格喪失前) 会員番号	会員 区分	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 技師・その他	
		(技師会員) 学会誌購読	<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
ふりがな			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦
氏 名			生年月 日
			年 月 日
勤務先	名称・所属 (科、部まで記入)		
	所在地	〒 _____	
	電話番号	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			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・年月	(学校名)	<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	心エコー図法に関連した他学会、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(※1)		
<small>※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。</small>			

※事務局利用欄

現 状	休 会 ・ 資 格 喪 失	審 査 結 果	可 ・ 否
承認済休会期間	年 月 ~ 年 月	決 済 日	
年会費免除期間	年 ~ 年	復 会 認 定 日	年 月 より、復会
資格喪失期間	年 ~ 年	年 会 費 請 求 金 額	
年会費未納期間	年 ~ 年	納 付 日	