

# 日本小児外科学会北海道地方会 入 会 の ご 案 内

演題発表者は本学会の会員であることとなっております。

※**但し学生、研修医は除く**

学会の会員登録をされていない場合は、以下にしたがって入会の手続きをおとりください。

## ▶Step 1

入会申込書へ必要事項をご記入のうえ、事務局宛に**原本**をお送りください。

※すべての項目を正確に記入してください。

入会申込書送付先：〒060-8638 札幌市北区北 15 条西 7 丁目  
北海道大学大学院医学研究院 消化器外科学教室 I 内  
日本小児外科学会北海道地方会 事務局  
TEL011-706-5927

## ▶Step 2

以下に記載した初年度会費を、**郵便局**の口座へお振込みください。

※ご依頼人には**お名前、勤務先を必ずご記入**ください。

加入者名	日本小児外科学会北海道地方会
加入者名(カタカナ)	ニホンショウニゲカガツカイホッカイドウチホウカイ
振込口座番号	02710-9-21088

振込金額は以下のとおりです。

正会員	2,000 円
-----	---------

本学会の会計および事業年度は 1 月～12 月です。

## ▶Step3

入会申込書(原本)の到着と入金を確認後、会員登録手続きを行います。

※入会申込書(次頁)へ続く

日本小児外科学会北海道地方会

入 会 申 込 書

(申込 年 月 日)

フリガナ 氏 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	西暦	年 月 日
勤 務 先		
勤 務 先 住 所	(〒 - )	
電 話 番 号	( ) -	
卒 業 大 学	大学 年卒	
所 属 医 局		
e - m a i l	@	
郵送物送付先	勤務先 ・ 自宅	自宅住所