【入会のご案内】

演者発表者は日本臨床外科学会北海道支部の会員であることが原則となっております。
ご入会をご希望の際は以下の手順に沿って、入会申込を行なってください。

1. 次頁の入会申込書必要事項をご記入の上、メール送付か FAX にてご送信下さい。
【送付先】
e-mail：ringe@sapmed.ac.jp
FAX：011-613-1678

2. 下記振替口座に年会費 3,000 円をご納入下さい。
ゆうちょ銀行
口座番号：02780-0-1479
加入者名：日本臨床外科学会北海道支部(ﾆﾎﾝﾘﾝｼｮｳｹﾞ ｶｶﾞｯｶｲﾎｯｶｲﾄﾞｳｼﾌﾞ)

入会届受領確認後、事務局からご連絡させていただきます。
ご不明な点は、下記までお問合せください。

【お問い合わせ先】
札幌医科大学　消化器外科学分野
〒060-8543
札幌市中央区南 1 条西 16 丁目
TEL：011-611-2111(32810)
FAX：011-613-1678
e-mail：ringe@sapmed.ac.jp

日本臨床外科学会北海道支部　入会申込書

申込　　年　　月　　日

フリガナ	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日
勤務先	
勤務先住所	〒
出身大学	
専門領域	
メールアドレス	

※メールアドレスについては、学術集会の連絡等必要な情報発信があるときに限り、外部提供させていただく可能性があります。