

日本大腸検査学会九州支部
「個人会員」入会申込書および変更届

令和 年 月 日

ふりがな				
所属施設名				
施設住所	〒(一	県	市
			区	町・村
	TEL	()	—
	FAX	()	—
	E-mail			
ふりがな				
氏名				
入会申込	入会申込 ・ 変更届			

年会費3,000円/医師、1,000円/医師以外を下記までお振り込みください。

郵便振込 01790-3-15737
日本大腸検査学会九州支部

本申込書送付およびお問い合わせ先
〒860-0004 熊本市中央区新町2-12-35
服部胃腸科JSCEQ事務局 川上 幸一郎(事務担当)
TEL 096-325-2300
E-mail: ko-kawa@hattori-clinic.com

日本大腸検査学会九州支部
「施設会員」入会申込書および変更届

令和 年 月 日

ふりなが				
施設名				
施設住所	〒(一))
	県	市	区	町・村
	TEL	()	—
	FAX	()	—
	E-mail			
ふりがな				
代表者名				
入会申込	入会申込 ・ 変更届			

本支部会では、医師のみではなくあらゆるメディカルスタッフが気軽に参加できる環境作りの目的で
「施設会員」を設けております。
「施設会員」になりますと、スタッフは年会費を支払うことなく学会に参加し発表を行うことができます。
代表者には、支部会案内および会報をお送り致します。

年会費 10,000円 を下記までお振込みください。

郵便振込 01790-3-15737
 日本大腸検査学会九州支部

本申込書送付およびお問い合わせ先
 〒860-0004 熊本市中央区新町2-12-35
 服部胃腸科JSCEQ事務局 川上 幸一郎(事務担当)
 TEL 096-325-2300
 E-mail: ko-kawa@hattori-clinic.com