

日本消化管Virtual Reality学会 入会申込書

日本消化管Virtual Reality学会 殿

日本消化管Virtual Reality学会に入会を申し込みます
(会員管理名簿となりますので、明瞭にお書き下さい。)

※事務局記載欄

○印を付して下さい		※ 受 付	※ 会 員 番 号			
新規	再入会					
ふりかな				ローマ字		
氏 名		Ⓜ		生年月日 (性別)	西暦 年 月 日 (男・女)	
E-mail						
勤 務 先	所在地	〒 -				
		Tel - -		Fax - -		
	名 称					
	部科名			役職		
所 属 科 名 (○印又は記入))				
自 宅		〒 -				
		Tel - -		Fax - -		
卒業大学・専攻					年 卒業	
卒業大学院・専攻					年 卒業	
連 絡 先 (案内送付先)			<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 自 宅	

【申込書送付先 (メールまたはFAX)】

〒162-0812

東京都新宿区西五軒町13-1 住友不動産飯田橋ビル7階

日本消化管Virtual Reality学会

事務代行 株式会社サンプラネット

TEL:03-5228-7261 FAX:03-5228-7262

E-mail:jgvra@sunpla-mcv.com

【適用】

1. 本申込書を受領後、事務代行より年会費振込先をご案内いたします。
医師10,000円、その他5,000円をお支払いください。
2. 1年度は4月1日から翌年3月31日迄です。
3. 退会届の無い場合、継続して会員といたします。

◎住所 (勤務先) 変更、改姓、退会届はメール、FAXにてご通知下さい。