

FAX送信票

FAX:06-6167-7186

関西STOMA研究会事務局 御中
 (大阪市立総合医療センター 消化器外科 西口幸雄 宛)

入会申込書を送付します。

ご氏名

※新入会員の方へ:
 年会費2,000円のお振込をもって入会手続完了とさせていただきます。
 入会手続完了後、約2週間程度で会員番号をe-mail (FAX)にてご案内致します。
入会申込書にe-mailをご記入下さい。

年会費振込先①:りそな銀行 都島支店(ミヤコジマシテン) 普通6741
 関西STOMA研究会事務局

年会費振込先②:ゆうちょ銀行(郵便局) 00930-7-169601
 関西STOMA研究会
 ※郵便局備え付けの「払込取扱票」をご使用下さい

HP

関西STOMA研究会入会申込書

年 月 日

	ふりがな	該当するものに○印をつけてください
	氏名	医師 ・ 看護師 その他 ()
勤	施設名	
	部署名	
務	住 所	〒 _____
	電話番号	
先	e-mail (FAX番号)	

※事務局記入欄 ※e-mailは、事務局からの連絡用として使用させていただきます。

年会費: /	会員番号	備考
会番通知: /		