

FAX送信票

FAX:06-6167-7186

関西STOMA研究会事務局 御中

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、10日程度で会員番号をe-mail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		該当箇所に○印をつけて下さい
氏名		医師 ・ 看護師 その他 ()
生年月日	(西暦)	
e-mail	※事務局から(PCメール)の連絡用(会員番号通知)として使用	
勤務先	施設名	
	部署名	
	住所	〒
	電話番号	

※事務局記入欄

年会費 :	/	会員番号	備考
会番通知:	/		