

一般社団法人 日本高気圧潜水医学会

(届出) 入会 住所変更 勤務先変更 退会 (お選びください)

*印の項目は記入必須です。

*ふりがな	会員番号 (↑既会員の方はご記入願います)	
*氏名		
*ローマ字	性)	名)
*生年月日	西暦	年 月 日 生
*勤務先名称		
*部署・役職		
*職名	(お選びください) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他 ()	
年会費 ①医師及び歯科医師(評議員)年額 15,000 円 ②医師及び歯科医師(評議員以外)年額 12,000 円 ③その他の者年額 6,000 円 ④賛助会員(営利法人)年額 100,000 円 非営利法人及び個人年額 30,000 円 ⑤会誌購読会員の会費年額 20,000 円 ※入会届ご記入後に返送頂き次第、事務局より入会案内と請求書を送付致します。		
専門分野	1.	2. 3.
*①勤務先住所	〒	
*勤務先 TEL(内線)		勤務先 FAX
*勤務先 E-mail		
*②自宅住所	〒	
自宅 TEL		自宅 FAX
自宅 E-mail		
*連絡先	(会誌等送付先をお選びください) <input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅	

○本会の事業年度は、毎年4月1日から翌年3月31日までとなっております。年度途中に入会した場合も、会費は1年分お支払い頂きます。会費の減免はございませんので、あらかじめご了承下さい。

○必要事項をご入力の上、maf-jshum@mynavi.jp へお送りください。

入・退会日(送信日) 年 月 日