

## <入会申込書兼会費引去承諾書>

日本臨床外科学会宮城県支部 御中

日本臨床外科学会宮城県支部入会を希望しますので、下記口座より日本臨床外科学会宮城県支部 施設会費10,000円を引去ることを承諾いたします。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
医療機関名			
ご連絡先住所	<input type="checkbox"/> 医療機関住所		<input type="checkbox"/> 自宅住所
医療機関住所	〒 _____		
医療機関TEL		医療機関FAX	
自宅住所	〒 _____		
自宅TEL		自宅FAX	
メールアドレス			

### 【会費引去口座】

銀行名： \_\_\_\_\_ 銀行

支店名（フリガナ）： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

支店番号：

( 普通・当座 ) \_\_\_\_\_ 口座No.：

口座名義（フリガナ）： \_\_\_\_\_