**入会届**

提出日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

**送 付 先 ： 学会事務局**

**〒 226 - 0003 横浜市緑区鴨居6丁目19番20号**

**株式会社　ヒューマンリプロ ・ K 内**

**日本臨床エンブリオロジスト学会　宛て**

**TEL：045 – 620-7560　　　　Fax：045 – 620-7563**

**氏ーマ名（必須） ：**

**ローマ字（必須） ：**

**勤務先名（任意） ：**

**職　　種（任意） ：**

**住所（郵便物の送り先。必須）**□勤務先 　□自宅

〒

**E-メールアドレス (必須)**：　　　　　　　　　＠

**Tel（必須）：**　　　　　　　　　　　　　 **Fax（任意）：**

**入会の方法**

年会費を納入後、本用紙に**郵便局の会費払い込み票コピーまたは銀行利用明細票を添付**して学　会事務局へ郵送、またはFax送信願います

**年会費納入**

年会費 7,000 円を払い込む

**郵便振替口座 　　　00800 - 5 - 22536 日本臨床エンブリオロジスト学会**へ

**銀行払込　　　　　 ゆうちょ銀行コード9900、店番089、種目：当座、口座：0022536、**

**名称：ニホンリンショウエンブリオロジストガッカイ**です。

払込料金は自己負担で必ず記名すること