

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クカイです。

払込料金は自己負担で必ず記名すること