

申込日:平成 年 月 日

日本女性骨盤底医学会 入会申込書 (賛助会員用)

(フリガナ)

代表者 氏名: (姓) _____ (名) _____

所属機関名 / 部署名: _____

所属機関住所: 〒 _____

電 話: _____

FAX: _____

E-mail: _____

会 費: 入会費 5,000 円 年会費 5,000 円

入会申込書の送付先宛先

〒545-8585 大阪府大阪市阿倍野区旭町1 - 4 - 3

大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学(産科学婦人科学)講座

日本女性骨盤底医学会 事務局 (担当 角 俊幸) 宛

Tel:06-6645-3862 Fax:06-6646-5800

入会と同時に下記振込先に入会費および年会費を併せてお振込みください。

三菱東京 UFJ 銀行 阿部野橋西支店 普通口座:1050399

口座名:日本女性骨盤底医学会 事務局代表 角 俊幸