

一般社団法人大阪泌尿器科臨床医会御中

FAX：06-6125-5107

E-mail：oscu@cyujo.com

年 月 日

## 入会申込書

氏名（フリガナ）

\_\_\_\_\_

氏名（漢字）

\_\_\_\_\_

氏名（ローマ字）

\_\_\_\_\_

生年月日

西暦

年

月

日

性別

男性

女性

自宅住所

〒

TEL

FAX

メールアドレス（携帯不可）

勤務先（部科記入）

勤務先住所

〒

TEL

FAX

メールアドレス

連絡先（いずれかに○印）

自宅

勤務先

書類送付先（いずれかに○印）

自宅

勤務先

所 属（いずれかに○印）

開業医（診療所開設者）

勤務医

その他

（※年会費 開業医（開設者）10,000円 勤務医 その他 4,000円）

支払方法（いずれかに○印）

銀行引き落とし

銀行振込

※当会では引き落としを推奨しております。

「銀行引き落とし」を選択された場合は口座登録のための申請用紙を後程お送りいたします。