

国際健診学会第三地域
施設会員入会申込書

※ 会員番号は、事務局で記入いたしますので、記入しないで下さい。

記入年月日	年	月	日
施設会員番号	※学会事務局記入欄		
J H E P施設会員番号	※日本総合健診医学会施設会員の施設のみ		
ふりがな			
施設名			
郵便番号	—		
都道府県			
住 所			
電話番号			
FAX番号			
施設長名			
施設長役職			

※ 年会費(¥55,000)並びに年会費振込口座につきましては、後日ご連絡致します。

※ 事業年度は、10月1日～9月30日です。入会日にかかわらず年度ごとに年会費が必要となります。

送付先： I H E P A 国際健診学会第三地域 事務局

〒151-0051
東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10 セシア千駄ヶ谷ビル2階
一般社団法人日本総合健診医学会 事務局内

TEL:03-5413-4400

FAX:03-5413-0016

<年会費振込みについて>

下記年会費を前納のうえ、本用紙控え欄に振込用紙の控えをコピー、添付の上、申込用紙と合わせて郵送またはFAXにて事務局までご送付下さい。

<年会費>

A)個人会員 : 年額 12,000円

B)施設会員 : 年額 55,000円

※ 本会の会計年度は、10月1日～9月30日となっております。

※ 振込手数料はご負担下さいますようお願い申し上げます。

振込口座名 : 国際健診学会第3地域

三井住友銀行新宿通支店 普通預金

口座番号 : 5350557

会員番号

(事務局記入欄)

施設名

振込用紙控え添付欄

※インターネット振込等により、振込控えのない場合は下記にご入金日、振込名義をご記入下さい。

ご入金日: 令和 年 月 日

振込名義:

送付先 : I H E P A 国際健診学会第三地域 事務局

〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10 セシア千駄ヶ谷ビル2階
一般社団法人日本総合健診医学会 事務局内

TEL:03-5413-4400

FAX:03-5413-0016