

国際健診学会第三地域
個人会員入会申込書

記入年月日	年	月	日
会員番号	※学会事務局記入		
JHEP会員番号	※日本総合健診医学会会員の方のみ		
氏名			
ふりがな			
英語表記(姓・名)			
生年月日(西暦)	年	月	日
性別	男	・	女
連絡先	勤務先	・	自宅
Email			
勤務先	勤務先名		
	所属		
	職名		
	郵便番号		
	都道府県		
	住所		
	電話番号		
	FAX番号		
自宅	郵便番号		
	都道府県		
	住所		
	電話番号		
	FAX番号		

※ 年会費(¥12,000)並びに年会費振込口座につきましては、別紙ご参照下さい。

※ 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：IHEPA国際健診学会第三地域 事務局

〒150-0047

東京都渋谷区神山町4-19 滝澤ビル101

一般社団法人日本総合健診医学会 事務局内

TEL:03-5738-4171

FAX:03-3481-0271

<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

(学会事務局記入欄)

ご氏名

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:平成 年 月 日

振込名義:

送付先 : I H E P A 国際健診学会第3地域 事務局

〒150-0047

東京都渋谷区神山町4-19 滝澤ビル101

一般社団法人日本総合健診医学会 事務局内

TEL:03-5738-4171

FAX:03-3481-0271