

兵庫県臨床細胞学会会員登録用紙

平成 年 月 日

下記のとおり届出いたします。(該当する項の□内にチェックし、詳しくご記入ください)

届出内容	1. 入会申込み	2. 異動、変更届	3. 退会届け
	<input type="checkbox"/> 新規入会	<input type="checkbox"/> 勤務先の変更	<input type="checkbox"/> 退会
	<input type="checkbox"/> 他支部より転入 転入前の支部	<input type="checkbox"/> 自宅住所の変更	<input type="checkbox"/> 他支部への転出 転出後の支部
		<input type="checkbox"/> 氏名の変更	
	<input type="checkbox"/> 会誌等送付先の変更		
	<input type="checkbox"/> 資格の変更		

フリガナ	会員番号(8桁の番号、必須です)
氏名	
変更前の氏名	本年度支部会費 <input type="checkbox"/> 納付 <input type="checkbox"/> 未納

会員資格	<input type="checkbox"/> 細胞診指導医	<input type="checkbox"/> 細胞検査士	<input type="checkbox"/> 医師(指導医でない方)
	指導医No. <small>(総合・婦人科・呼吸器など指導医の専門です)</small>	CTJSC No.	専門
	専門	CTIAC No.	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師(検査士でない方) <input type="checkbox"/> その他()

所属施設	施設名	部署	
		施設番号	
	所在地 〒		
	TEL	FAX	E-mail
	変更前の施設(施設の移転・電話等変更のみの場合はその旨記載して下さい)		

自宅	住所 〒		
	TEL	FAX	E-mail
	変更前の住所		

連絡先(会誌等送付希望先)	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 自宅
---------------	-----------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/> 他支部との重複会員の方	支部名	連合会費の納付は当支部で <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
--------------------------------------	-----	---

学会本部には連絡済み 検査士会には連絡済み 関係支部には連絡済み

その他連絡事項がありましたら裏面にご記入下さい。

問合せ 事務局 〒651-2112 神戸市西区大津和2丁目7-12 協同病理 TEL:078-977-0730 FAX:078-977-0733