

# 入会申込書

平成 年 月 日

断層映像研究会 御中

現金支払い  
平成 年度年会費 6,000円を にて貴会に入会を申し込みます。  
郵便振込用紙

\*いずれかに○をお付けください。

入会者名	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 男・女
	日本医学放射線 学会会員番号	
勤務地	名称	
	所属	
	所在地	〒
	電話番号	— —
	FAX番号	— —
	E-mail	
自宅住所	ご住所	〒
	電話番号	— —
	E-mail	
連絡先	いずれかに○	勤務先 自宅

※勤務先等が変更した場合はお早めに事務局までご連絡ください。

<事務局>

〒371-8511

群馬県前橋市昭和町3丁目39-22

群馬大学大学院医学系研究科

放射線診断核医学 石井

TEL : 027-220-8401 FAX : 027-220-8409

E-mail : office@jat-jrs.jp