

会 長
承認印

東京医科大学医学会入会申込書

入 会 年	令和_____年から入会します。
ふ り が な	
氏 名	
施 設 名	1. 大学 2. 大学病院 3. 茨城医療センター 4. 八王子医療センター 5. その他 (番号に○を付してください。)
所 属 ・ 職	
e - m a i l	@
医学会よりの 郵便物送付先	〒 Tel — — PHS 内線
勤 務 先 住 所	〒 Tel — — PHS 内線
自 宅 住 所	〒 Tel — —

上記のとおり、東京医科大学医学会に入会申込いたします。

令和 年 月 日

申込者署名 _____ 印

会費納入日 令和 年 月 日

※会費は、年額（1月～12月）5,000円です。入会金はありません。

（入会金は研究生、専攻生のみ5,000円）

※会費振込先：三井住友銀行 新宿通支店 (普) 2528956 東京医科大学医学会
（会費振込の際は、申込者本人氏名によりお振込ください。）