　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本老年泌尿器科学会

Fax： 03-3811-8236・Email： jsgu-hq@umin.ac.jp

再入会申込書

氏名：

例：「山田　太郎」姓・名の間にスペースを入れてください。

フリガナ：

例「ヤマダ　タロウ」姓・名の間にスペースを入れてください。

職種：□ 医師　□ 看護師　□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　)

所属科：

連絡先：□ 勤務先 　□ 自宅

住所：〒

電話番号：

例：「03-1234-5668」市外局番からハイフン区切りで入力してください。

FAX番号：

例：「03-1234-5668」市外局番からハイフン区切りで入力してください。

E-mail：

携帯電話番号：

生年：西暦 　　　　 年

確認事項：□　上記の内容に間違いありません

□　本会の会則を含む各種の規程を遵守します

□　退会時には退会届を提出し規定の会費を支払います

※□にチェックしてください

入会希望日：

備考：

※特記事項がございましたらご記入ください

※個人情報等は会員管理の目的にのみ使用し，会員の同意なくして第三者には提供致しません。

◆ご入会にあたり

各種連絡にはメールを用いますので，必ず連絡のつくメールアドレスをご入力ください。

生年は選挙等で必要となります（公表はしません）。

入会金はありません。年会費は 5,000 円（1 月 1 日～ 12 月 31 日）となります。

年会費着金日が入会日となります（確認に 4～7 日かかります）ので，入会申込後，下記までお振込み手続きをお願い致します。

会費のお振込み先

・郵便振替口座　00120-1-577159　日本老年泌尿器科学会

・ゆうちょ銀行　〇一九（ゼロイチキュウ）店　当座 0577159

※振込手数料は会員様のご負担とさせて頂きますので，予めご了承ください。