一般社団法人 日本乳腺甲状腺超音波医学会

賛助会員 入会申込書

申込年月日：２０　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入会年度 | | 年度 |
| ※本会の会計年度は3月～2月となります。  ■窓口ご担当者■ | | | | | |
|  | 姓 | | | 名 | | |
| フリガナ |  | | |  | | |
| 氏　　名 |  | | |  | | |
|  | | | | |

■企業情報■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企 業 名（名称及び部署・部課） |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 |  |  |  | － |  | |  |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| TEL： | | | | | | | | | | (内線　　　　) | | FAX： |
| e-mail： | | | | | | | | | | | | |
| ホームページ  （URL） |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 申込口数 | 口 | | | | | | （賛助会員の会費は1口：10,000円で2口以上となっております。  ご希望の申込口数をご記入ください。） | | | | | | |

入会申込書送付先

学会支援機構（日本乳腺甲状腺超音波医学会 会員管理担当）

〒112-0012　東京都文京区大塚5-3-13

小石川アーバンビル4F

jabts@asas-mail.jp

Fax: 03-5981-6012