

# 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： 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	_____ □ (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。)
------	---

推薦人(正会員1名の推薦人が必要となります)	(推薦人JABTS会員番号)	(推薦人氏名)
------------------------	----------------	---------

### 入会申込書送付先

一般社団法人 日本乳腺甲状腺超音波医学会 事務局

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 東京女子医科大学乳腺外科内

office@jabts.or.jp