年　月　日

山口大学医学会入会申込書

この度、貴会の一般会員として入会いたしたく、
年会費 5,000 円（大学院生は 3,000 円）を添えて申し込みます。

ふり　がな
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　男・女　）

所　　属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※山口大学医学部在籍の方は職名をご記入ください。
☐教授　☐准教授　☐講師　☐助教　☐助手　☐診療助教
☐大学院生　☐その他（　　）

連絡先住所〒＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E－Mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※会費納入には以下の金融機関がご利用いただけます。

＊山口銀行　宇部支店　普通預金　6459986　山口大学医学会
＊郵便振替　01580-3-24592　山口大学医学会

※以下事務記入欄

受付日＿＿＿＿＿＿＿＿　　入金日＿＿＿＿＿＿＿