

FAX 返信用紙 (FAX : 099-265-7426)

九州外科学会・九州小児外科学会・九州内分泌外科学会 入会申込書

■ 研修医の方のみチェックをお願いします。

☐ 研修医 1 年目 ☐ 研修医 2 年目 (終了予定 年 月)

* 卒業後 2 年までの研修期間は会費を免除させていただきます。

■ 以下は皆様ご記入をお願いします。

ふりがな	
氏名	
勤務先	
勤務先住所	〒 ー
連絡先	TEL : ー ー FAX : ー ー E メールアドレス :
出身大学	大学 科
生年月日 (西暦)	年 月 日

※研修医以外の方は、お送りします振込用紙でのご入金を確認できましたら、ご入会とさせていただきます。

〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘 8 丁目 35-1 鹿児島大学病院
外科学講座 消化器外科学 (旧第一外科) 内
九州外科学会
九州小児外科学会 事務局
九州内分泌外科学会

TEL:099-275-5358

FAX:099-265-7426