

# <入会申込書兼会費引去承諾書>

鹿児島県臨床外科学会 御中

鹿児島県臨床外科学会入会を希望しますので、下記の口座より鹿児島県臨床外科学会会費を引去ることを承諾いたします。

令和 年 月 日 氏名： \_\_\_\_\_ 印

ふりがな			
氏名			
医籍登録番号		生年月日	
医療機関名			
医療機関住所	〒		
医療機関 TEL・FAX	TEL : FAX :		
自宅住所	〒		
自宅 TEL・FAX	TEL : FAX :		

## 【会費引去口座】

( 鹿児島 ・ 南日本 ) 銀行・医師信用組合

( ) 支店・本店

( 普通 ・ 当座 ) 口座番号 ( )

ふりがな  
口座名義 \_\_\_\_\_