|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 　 20　　年 　月　 日 | | | 会員番号　　　　　　　　　　　　　　（事務局記載欄） |
| 入会年度 | **年度** | **※当学会の年度は9月から8月となっております。　例：2020年9月1日＝2021年度** | |

**日本シミュレーション外科学会 入会申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員  種別 | | いずれかを○で選択ください  1.正会員 　　　2.準会員(学生)　　　　　3.賛助会員(　　　口） | | | | | |
|  | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 | |  | | | | 生年月日  （西暦） | 年　　月　　日 |
| 英文氏名 | |  | | | 英文敬称Dr.Ms.など（　　　　　） | | |
|  | | | | | | | |
| 連絡先  指　定 | | ＊学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。（いずれかを○で選択ください）  1.　勤務先 　　　　2. 自 宅 | | | | | |
| 勤 務 先 情 報 | 所　　　属 | | | | | | |
| 所属部署 | | | 役  職 |  | | |
| 職名 |  | | |
| 所属住所　　〒 | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | |
| e-mail | | | | | | |
| 自 宅 情 報 | 自宅住所　　　〒 | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | |
| 携帯電話　　　 　 　（　　　　　） | | | | | | |
| e-mail | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 最終学歴 | | 学校名  （西暦　　　　　年　　月 卒業　・　卒業予定） | | | | | |
| 専門分野 | |  | | | | | |

■送付先（郵送，FAX，E-mailにてお送り下さい）■  
〒169-0072　東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ ㈱春恒社 学会事業部内　日本シミュレーション外科学会 行

TEL：03-5291-6231 ／ FAX：03-5291-2176 ／ E-mail：jssis-office@umin.ac.jp

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受領日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処理日 |

裏面

〔学会入会申込について〕

① 入会ご希望の方は、上記の入会申込票に必要事項をご記入後、学会事務局まで郵送、FAXまたは

E-mailにてお送りください。

② 郵便局備え付けの振込用紙をご利用のうえ、入会金・年会費をお振込みください。

　 　　　　加入者名（払込先）：日本シミュレーション外科学会

　　 　　　口座番号：００１６０－２－６００２８３

　　　・正会員（医師、それ以外の研究者）

入会金　5,000円　年会費　5,000円　　計10,000円

　　　・準会員（学生）

　　　　　　入会金　5,000円　年会費　2,000円　　 計7,000円

※入会申込票の受理、入会金・年会費のお振り込みを確認させていただいた後、入会の手続きを

始めさせていただきます。