

《入会届》

鹿児島救急医学会
会長 垣花 泰之 殿

ふりがな _____
氏名 _____
勤務先名 _____
自宅住所 〒 _____
生年月日 _____
会員種別 正会員（医師）
 正会員（医師以外の救急医療に携わる者）
 賛助会員

会費について 引去り • 請求書

※引去りを希望される場合は、下記の念書へご記入下さい。なお、お取り扱いは鹿児島銀行・南日本銀行・医師信用組合のみとなりますのでご留意ください。

※医師会員外の先生は必ず医籍登録番号をご記入下さい。

【医籍登録番号】 _____

念書

鹿児島救急医学会 御中

私は、鹿児島救急医学会に対し、下記事項の取扱いを承諾し、これに関する一切の手続きを依頼致します。

氏名 _____ 印 _____

1. 引去りに関する事項

鹿児島救急医学会会費（年1回・7月）	正会員（医師）	3,000円
正会員（医師以外の救急医療に携わる者）	1,000円	
	協力会員	10,000円

2. 引去り口座

（鹿児島・南日本・医師信用）銀行
支店（普通・当座）口座番号No. _____

ふりがな _____
口座名義 _____

顧客番号()
処理年月日 年 月 日