

一般社団法人 日本乳腺甲状腺超音波医学会

賛助会員 入会申込書

申込年月日：20 年 月 日

入会年度	年度
------	----

※本会の会計年度は3月～2月となります。

■窓口ご担当者■

	姓	名
フリガナ		
氏名		

■企業情報■

企業名 (名称及び部署・部課)			
所在地	〒	—	
	TEL :	(内線)	FAX :
	e-mail :		
ホームページ (URL)			

申込口数	_____口	(賛助会員の会費は1口：10,000円で2口以上となっております。ご希望の申込口数をご記入ください。)
------	--------	---

入会申込書送付先

学会支援機構 (日本乳腺甲状腺超音波医学会 会員管理担当)

〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13

小石川アーバンビル 4F

jabts@asas-mail.jp

Fax: 03-5981-6012