

日本法医画像研究会入会申込書

令和 年 月 日

\*は必ずご記載ください。

フリガナ*		公開名簿への記載可否*
氏 名*		可・否
所 属*		可・否
職 名*	(医師免許の有無：有・無)	可・否
連絡先住所*	自宅・勤務先 (いずれかを選択してください) 〒	可・否
TEL*		可・否
FAX		可・否
e-mail*		可・否
ご意見/ご希望 (任意)		

以上をご記載の上、お手数ですが、下記の e-mail アドレスまで送信していただければ幸いです。また年会費 1,000 円の振込に関しましては、研究会ご参加時、受付にて現金でお支払いいただくか、お手数ですが、下記振込先に振り込みをお願いいたします。なお、振り込み手数料は会員様にてご負担くださいますようお願いいたします。その際、領収書が必要な場合は、下記 e-mail までお問い合わせください。

入会申込書送付先

e-mail : jsfri-office @ umin.ac.jp

振込先 ゆうちょ銀行

店名：〇一九店（ゼロイチキユウ）店

当座・口座番号：0731031

(郵便局をご利用の方は口座番号：00170-7-0731031)

口座名称：日本法医画像研究会（ニホンホウイガゾウケンキユウカイ）