

一社)近畿消化器内視鏡技師会 入会登録申込書

※は記入必須項目です。

(フリガナ) ご氏名 ※	(男・女)
ご氏名(ローマ字)※	
自宅住所 ※ ※都道府県から	(〒 -)
自宅 TEL	
自宅 FAX	
自宅メールアドレス	※Yahoo・Hotmail はご利用いただけません。
勤務先(施設名)※	
所属の部署名 ※	
勤務先住所 ※ ※都道府県から	(〒 -)
勤務先 TEL	
勤務先 FAX	
勤務先メールアドレス	※Yahoo・Hotmail はご利用いただけません。
連絡先 ※	自宅 ・ 勤務先 (○で囲んでください)
連絡方法 ※	E-Mail ・ TEL (○で囲んでください)
書類送付先 ※	自宅 ・ 勤務先 (○で囲んでください)
会費支払い方法 ※	<input type="checkbox"/> コンビニ払い(手数料 216 円別途必要) <input type="checkbox"/> クレジットカード決済(ホームページからの WEB 決済)
技術資格の有無 ※	有(会員番号) ・ 無

ご記入の上、下記までFAXもしくはご郵送にてお届けください。

一社)近畿消化器内視鏡技師会 事務局
〒650-0034 神戸市中央区京町83番地
三宮センチュリービル 3階 榎プロアクティブ内
TEL 078-332-3703 FAX 078-332-2506
E-Mail: kgets@pac.ne.jp
(平日 9:30~18:00)