



日本間質性膀胱炎研究会入会申込書

事務局: 東京大学医学部泌尿器科学教室内

Fax: 03-5800-8917 E-mail: sicj-office@umin.ac.jp

会員の 種類	正会員 ・ 賛助会員	
フリガナ 氏名		
連絡先	住所 〒	
	TEL: FAX: E-mail:	
職種	医師	勤務先 診療科
	その他	職種 勤務先
確認事項 □にチェック 下さい	<input type="checkbox"/> 上記の内容に間違いありません <input type="checkbox"/> 本会の会則を遵守します <input type="checkbox"/> 退会時には滞納した会費を支払います	
日付	年 月 日	

- * 幹事会の審査を経て入会を認めます
- * 審査後に振込先をご連絡し、当研究会が振込を確認した日を入会日します
- * 会費は正会員 3,000 円、賛助会員 50,000 円です
- * 退会時に会費の滞納があれば、お支払いいただきます
- * 正会員は原則として医療関係者に限ります
- * 製薬会社等の社員の方が正会員を希望される場合は、その会社が賛助会員であることが要件となります
- * 賛助会員の場合は、氏名に団体(会社)名を、連絡先に担当者名を、ご記入ください