

FAX 送付先
03-3400-1394

日本川崎病学会 会員入会申込み・変更・退会届け

FAX 送信日 :	西暦	年	月	日
申請内容:	<input type="checkbox"/> 入会申込み <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> 退会届			
入会年度 :	西暦	年度	会費 :	<input type="checkbox"/> 初年度入会金 2,000 円 <input type="checkbox"/> 正会員 年会費 8,000 円 <input type="checkbox"/> 賛助会員(個人) 年会費 5,000 円 <input type="checkbox"/> 賛助会員(団体) 年会費 10,000 円
			(新入会時には初年度入会金と年会費をお支払いください)	

フリガナ 氏名 :		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
生年月日 :	西暦	年	月	日

所属住所 :	〒			
所属名 :				
部署 :				
電話 :	—	—	内線()	
FAX :	—	—		
E-mail :				

入会のご案内などを自宅へ送付希望の方は、下記に自宅住所をご記入ください。

住所 :	〒			
電話 :	—	—		

<事務局記入欄> ※下記の欄は入力不要です。							
会員番号 :							
入金日 :	年	月	日	登録日 :	年	月	日

【入会に関するお問い合わせ先】

日本川崎病学会 事務局 jskd-office@umin.org

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4 丁目 1-22 日本赤十字社医療センター 小児科内