　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

西日本泌尿器科学会事務局　様

FAX：092-642-5619

Eﾒｰﾙ：member@wjua.jp

復　会　届

下記の通り復会しますので、お届けいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | フリガナ | |  |
| 氏　　　名 | |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（同姓同名者確認のため） | | | |
| 復会希望日 | ２０　　　　年　　　　月　　　日 | | | |
| 勤　務　先 | 勤務先：    所属：　　　　　　　　　　　役職： | | | |
| 勤　務　先  所　在　地 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | |
| 自宅住所 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：  携帯： | | | |
| E-Mail  アドレス | E-News配信用（必須） | | | |
| 勤務先 | | | |
| 自宅 | | | |
| 送　付　物 | 機関紙　｢西日本泌尿器科｣ | |
| 希　望  送　付　先 | １、自　宅  ２、勤務先 | |
| そ　の　他  連絡事項 |  | | | |

＊　事務処理上、電話での受付は致しませんのでご了承願います。（この用紙でもFAXできます。）