

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。)