

## 復会申請書

申請日	年 月 日	郵便物等 郵送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
会員番号	会員 区分	<input type="checkbox"/> 医師/年会費 12,000円 <input type="checkbox"/> 技師・その他/年会費 7,000円	
ふりがな			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦
氏名	生年 月日		年 月 日
勤務先	名称・所属 (科、部まで記入)		
	所在地	〒 _____	
	電話番号	名簿掲載(※1) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	FAX番号	名簿掲載(※1) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
E-mailアドレス		名簿掲載(※1) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
自宅	所在地	〒 _____	
	電話番号	FAX番号	
卒業学校・年月	(学校名)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月	
個人情報保護 について	心エコー図法に関連した他学会、研究会等の主催者に対し、発送用タックシールの提供を <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない(※1)		

(※1)チェック欄に記入のない場合は、名簿掲載、タックシールの提供について了承されたものと致します。

-----  
※事務局利用欄

審査結果	可 ・ 否	決 済 日	
復会認定日	年 月より復会		
承認済休会期間	年 月 ~ 年 月	年会費免除期間	年 ~ 年
年会費未納期間	年 ~ 年	年会費請求金額	