**北海道臨床細胞学会　申請書**

□入会　　　　　　　□変更・異動　　　　　　　□退会

申請日：平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |
| 　登録№ | 日本臨床細胞学会会員番号　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □医師 | 　専門科　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□専門医　（専門医№　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □技師 | □細胞検査士　　□臨床検査技師　　□その他（　　　　　　）ＪＳＣ№（　　　　　　　　）ＩＡＣ№（　　　　　　　　） |
| 所属施設 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　℡： |
| 連絡方法 | ＦＡＸ：　　　　　　　　Ｅ－mail： |
| 前所属施設 |  |
| 備考 |  |

【送り先】〒065-0026　札幌市東区北26条東14丁目1-15　北海道対がん協会

　　　　　　　　　　　　　　細胞診センター内　北海道臨床細胞学会事務局

　　　　　　　　　　　℡：011-748-5523（内線2417）　FAX：011-748-5512

Ｅ-mail：saibou-hokkaido@hokkaido-taigan.jp

**＊入会の場合は年会費を下記口座まで振込んで下さい**

専門医：臨床細胞学会3,000円，専門医会1,000円　**計4,000円**

医　師：臨床細胞学会**3,000円**，　**賛助会員3,000円**

振込口座：ゆうちょ銀行

日本臨床細胞学会北海道支部　口座番号：02720-0-47242

細胞検査士：臨床細胞学会2,000円，細胞検査士会1,000円　**計3,000円**

臨床検査技師：臨床細胞学会**2,000円**

振込口座：ゆうちょ銀行

北海道細胞検査士会　　　　　口座番号：02790-5-18244

**＊**連絡先を自宅希望の方は住所を記載してください。

自宅住所