

会員入会申込書

特定非営利活動法人

がんの早期診断・治療に必要な病理診断の総合力を向上させる会

当会趣旨にご賛同下さり、一緒に行動して下さる会員を募集しております。皆様のご入会を心よりお待ちしております。

単位:円

年会費				
会員種別		入会金	年会費	内容
正会員	(個人)	5,000	10,000	当会の目的に賛同された個人
協力会員	(個人)	1,000	無料	当会の目的に賛同し、会が行う事業に有形・無形の協力をする為に入会した個人
学生会員	(個人)	無料	無料	当会の目的に賛同し、会が行う事業に有形・無形の協力をする為に入会した学生

協力会員・学生会員はWEBからも入会お手続きが可能です。

<http://www.pathcare.jp>

入会ご希望者様記入欄				
会員種別	いずれかに○	正会員	協力会員	学生会員
氏名		ふりがな		
ご職業	いずれかに○	医師(病理医)	医師(臨床医)	医師(病理医、臨床医以外) 研修医 医学生 看護師 技師() その他()
ご連絡先	いずれかに○	ご勤務先	学校名	その他()
ご勤務先・在学先名称	(ご自宅以外の場合)	※診療科・お役職も記入頂きますと助かります。		
ご連絡先住所		〒 都・道 府・県		
ご連絡先電話番号				
ご連絡先メールアドレス		@		

※メールアドレスは必ずご記入ください。_(アンダーバー)、-(ハイフン)、.(ドット)は明確にご表記ください。

※いただいた情報に関しては当会運営目的以外での使用は致しません。正会員・協力会員・学生会員は当会での入会申し込み手続きが済み次第メールにて入会のご案内を差し上げます。

会員入会申込書
FAX送信先

050-3737-3234

For Better
Patient Care
PathCare

入会問合せ先

Email : byorinpo@pathcare.jp