

# 事業維持会員入会申込書

有限責任中間法人 日本総合健診医学会(事業維持会員用)

※ 会員番号は、事務局で記入いたしますので、記入しないで下さい。

会員番号	(学会事務局記入欄)
よみがな	
施設名	
郵便番号	
都道府県	
住所	
電話	
FAX	
担当者 所属部署	
担当者役職	
担当者名	

※ 年会費並びに年会費振込口座につきましては、別紙をご参照下さい。

送付先:有限責任中間法人日本総合健診医学会事務局 〒150-0047東京都渋谷区神山町4-19  
滝澤ビル101号室

tel: 03-5738-4171

fax:03-3481-0271

# 年会費の振込みについて

本会入会にあたりまして、下記会費を前納(定款施行細則 2. 会員 2-4)の上、本紙振込用紙控え欄に振込用紙の控えをコピー、添付の上、事務局までFAXして下さい。

## 定款施行細則 2. 会員

2-4 会費： 本会の会費は次の会費を年度ごとに前納する。

- |            |    |                     |
|------------|----|---------------------|
| A) 正会員：    | 年額 | 10,000 円            |
| 一般会員：      | 年額 | 10,000 円            |
| 評議員：       | 年額 | 15,000 円            |
| B) 施設会員：   | 年額 | 70,000 円            |
| C) 事業維持会員： | 年額 | 20,000 円(一口) (一口以上) |
| D) 購読会員：   | 年額 | 12,000 円            |

なお、本会の事業年度は、12月1日～11月30日となっております。

振込口座名：有限責任中間法人 日本総合健診医学会

郵便振替 口座番号 00140 - 2 - 372267

三菱東京UFJ銀行渋谷明治通支店 普通預金 口座番号 3936889

三井住友銀行新宿通支店 普通預金 口座番号 9224131

有限責任中間法人 日本総合健診医学会事務局

〒150-0047 東京都渋谷区神山町4 - 19

滝澤ビル101号

TEL:03-5738-4171

FAX:03-3481-0271

-----  
会員番号

(学会事務局記入欄)

施設名(又はご氏名)

振込用紙控え添付欄

インターネット振込等により、振込控えの無い場合は下記にご入金日、お振込先、ご依頼人名をご記入下さい。

ご入金日：平成 年 月 日

お振込先：

ご依頼人名：

FAX: 03 - 3481 - 0271

## 事業維持会員変更届

有限責任中間法人 日本総合健診医学会(事業維持会員用)

- ※ 会員番号は、必ず記入して下さい。
- ※ 変更箇所の項目を○で囲み、ご記入ください。
- ※ 担当者変更の場合は、前担当者名もご記入ください。

会員番号	
よみがな	
施設名	
郵便番号	
都道府県	
住所	
電話	
FAX	
前担当者 所属部署	
前担当者役職	
前担当者名	
新担当者 所属部署	
新担当者役職	
新担当者名	

送付先: 有限責任中間法人日本総合健診医学会事務局 〒150-0047東京都渋谷区神山町4-19  
滝澤ビル101号室

tel: 03-5738-4171

fax: 03-3481-0271

## 事業維持会員退会届

有限責任中間法人 日本総合健診医学会(事業維持会員用)

※ 会員番号は、必ず記入して下さい。

会員番号	
よみがな	
施設名	
郵便番号	
都道府県	
住所	
電話	
FAX	
担当者 所属部署	
担当者役職	
担当者名	

※ 定款 施行細則 2-3 に従い、  
年会費未納の場合は、完納の上、ご退会下さいますようお願いいたします。

退会理由:

送付先: 有限責任中間法人日本総合健診医学会事務局 〒150-0047東京都渋谷区神山町4-19  
滝澤ビル101号室

tel: 03-5738-4171

fax: 03-3481-0271