

# 山梨県臨床細胞学会 会員連絡用紙

入会  変更・移動  退会

申込日： 令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	
<input type="checkbox"/> 医師	専門科 ( ) <input type="checkbox"/> 専門医 (専門医 No. )
<input type="checkbox"/> 技師	<input type="checkbox"/> 細胞検査士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (JSC No. ) (IAC No. )
新 所属機関名	
住所 (連絡先)	〒  Tel: _____ FAX: _____ E-mail: _____
旧 所属機関名	
備考	

**【送り先】** 〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 山梨大学医学部附属病院病理部内  
山梨県臨床細胞学会 事務局 (担当：花井 佑樹) Tel & Fax : 055-273-9828  
E-mail: [yssc82-tr@yamanashi.ac.jp](mailto:yssc82-tr@yamanashi.ac.jp)

1. 該当するにチェックし Fax または E-mail にて提出して下さい。
  2. 入会の場合は郵便振替用紙を送りますので年会費の振込みをお願いします。  
年会費 医師 3000 円 技師 2000 円
  3. 情報をお伝えする手段として主に郵送や E-mail にてお伝えしておりますので、住所は郵送物の送付先を記載し、メールアドレスも記載して下さい。また、不明な点などは備考欄に記載して頂くか、電話にて確認してください。
  4. 退会の場合は未払いの年会費をお納めして下さい。
- \* (なお、これら情報は本人の承諾なしに他の施設・個人に公開することはありません。)