

# 入会のご案内

所定事項をご記入のうえ入会申込用紙を郵便、FAXまたはEメールにてご提出いただき、年会費をご入金ください。

提出先：〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7-5-1  
神戸大学医学部整形外科教室内  
関西関節鏡・膝研究会 事務局 宛  
TEL：078-382-5985  
FAX：078-351-6944  
E-mail：kansaiak@med.kobe-u.ac.jp

振込先：郵便振替（加入者名）関西関節鏡・膝研究会  
（口座番号）01360 - 5 - 16732

または  
イチサンキュー  
ゆうちょ銀行 一三九支店  
当座預金 （口座番号）0016732  
カンサイカンセツキョウ ヒザケンキュウカイ  
（口座名義）関西関節鏡・膝研究会

入会申込用紙	
フリガナ	
氏 名	
勤 務 先	
送付先住所	〒          ( TEL:            -            -            )
自宅・勤務先 <small>どちらかを○で囲んでください</small>	