

入会のご案内

所定事項をご記入のうえ入会申込用紙をFAXまたはPDFにしたものを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】

関西関節鏡・膝研究会 事務局 宛

FAX：078-351-6944

E-mail：kansaiak@med.kobe-u.ac.jp

関西関節鏡・膝研究会 年会費 5,000円

【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

郵便局に備え付けの郵便振替用紙をご使用ください。

銀行振込：●ゆうちょ銀行 一三九支店（イチサンキュウ）当座預金

（口座番号）0016732

（口座名義）カンサイカンセツキョウ ヒザケンキュウカイ 関西関節鏡・膝研究会

●三井住友銀行 神戸駅前支店（店番号313）普通預金

（口座番号）7995814

（口座名義）関西関節鏡・膝研究会 代表 黒田良祐

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>	