北海道臨床細胞学会　申請書

□　入会　　　□　変更・移動　　　□　退会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 登録No. | 日本臨床細胞学会会員番号： |
| * 医師
 | 専門科：* 専門医：専門医No.
 |
| * 技師
 | * 細胞検査士　　□　臨床検査技師　　□　その他：

JSC No. 　　　　　 IAC No. |
| 所属施設 |  |
| 住所 | 　〒TEL： |
| 連絡方法 | FAX：　　　　　　　　　　E-mail： |
| 前所属施設 |  |
| 備考 |  |

【送り先】　〒065-0026 札幌市東区北26条東14丁目1-15　北海道対がん協会細胞診センター内

　　　　　　　　　　　　　　　北海道臨床細胞学会事務局

　　　　　　　TEL　：　011-748-5523（内線2417）　FAX　：　011-748-5512

　　　　　　　E-mail　：　saibou-hokkaido@hokkaido-taigan.jp

* 入会の場合は年会費を下記の口座まで振り込んでください。

　　　専門医　　 ：　臨床細胞学会会費　3,000円　専門医会費　1,000円　計4,000円

　　　医師　　　　：　臨床細胞学会会費　3,000円

　　　賛助会員　：　臨床細胞学会会費　3,000円

　　　振込口座　：　ゆうちょ銀行　日本臨床細胞学会北海道支部　口座番号　：　02720-0-47242

　　　細胞検査士　 　：　臨床細胞学会会費　2,000円　細胞検査士会費　1,000円　計3,000円

　　　臨床検査技師　：　臨床細胞学会会費　2,000円

　　　振込口座　：　ゆうちょ銀行　北海道細胞検査士会　口座番号　：　02790-5-18244

＊　道央地区に所属する細胞検査士の方は地区会費1,000円を追加納入お願い致します。

　　　＊　連絡先の自宅希望の方は下記に住所を記載してください。

　　　　　　自宅住所　：　〒