

00		東京		払込取扱票(会員専用)																									
口座記号番号												金額		千		百		十		万		千		百		十		円	
001403												50904								10000									
加入者名 公益社団法人 日本母性衛生学会												料金		備考															
*郵便物送付先 ◎所属都道府県 ふりがな 氏名 ふりがな 自宅住所 TEL FAX 職種 *医師, 栄養士, 看護師, 歯科医, 助産師, 保健師, 養護教諭, その他( ) 勤務先住所 TEL FAX 勤務先名称 所属												*会員番号 *通信欄 日附印																	
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行) (承認番号東54571号) これより下部には何も記入しないでください。																													

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

切り取らないでお出しください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	001403															
加入者名	公益社団法人 日本母性衛生学会															
金額	千		百		十		万		千		百		十		円	
							10000									
ご依頼人	おなまえ ※ 様															
料金額	(消費税込み)		日		附		印									
備考	円															

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

この受領証は、大切に保管してください。

会員各位

年会費払込についてのお願い

左記の郵便局払込取扱票にて、  
2021年度会費未納の方は5月末日  
までに納入して下さい。

注意事項

1. 学術集会演題登録者及び共同研究者は演題登録までに納入して下さい。
2. 払込取扱票は1名1枚でご利用ください。
3. ◎所属都道府県は、自宅と勤務先住所が違う場合どちらの都道府県にするか記入(代議員選挙規程第2条に基づき必要)。郵便物送付先・所属都道府県それぞれ○をつけて下さい。
4. 氏名・住所等変更がある場合は通信欄にお書きください。

公益社団法人日本母性衛生学会

〒103-0004 東京都中央区東日本橋1-3-3  
TYDビル6F  
TEL (03) 5829-6757  
FAX (03) 5829-6758