

払込取扱票(会員専用)

00	東京	口 座 記 号 番 号										金 額	千	百	十	万	千	百	十	円
0	0	1	4	0	3				5	0	9	0	4		1	0	0	0	0	
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	公益社団法人日本母性衛生学会々費 2020 年度分会費												通 信 欄							
所属都道府県	ふりがな											氏 名	男・女							
自宅	ふりがな											自宅住所	TEL	FAX						
勤務先	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	勤務先名称											勤務先住所	TEL	FAX						
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)													日							
これより下部には何も記入しないでください。													附							
													印							

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	0 0 1 4 0 3													
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	1 0 0 0 0					
ご依頼人	おなまえ ※													
料 金	(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。切り取らないでお出しください。

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、2020 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