

# 日本内視鏡外科学会への入会について

入会を希望される方は別紙入会申込書に必要事項を記載の上、事務局へお申込み下さい。本学会ホームページからお申込みいただけますので、ご利用下さい。

なお、本学会への入会には会費の前納が必要です。この入会申込書をご送付いただいたのち、発行させていただく会費請求書をもって、お振り込みいただきますようお願いいたします。

## 【入会申込書記入要領】

1. 書類送付先、会費請求先で選択した連絡先は、必ずご記入下さい。
2. 所属機関は原則として、大学の場合には学部・学科まで、会社等の場合には部・課までをご記入下さい。
3. 専門領域は統計等の資料となるため、必ずご記入下さい。複数選択可能です。
4. 会員種別については、該当するものを選択して下さい。  
なお、「学生会員」あるいは「コメディカル会員」をご希望の場合は、別紙の入会申込添付書に本学会評議員の推薦署名と身分を証明する書類のコピーを貼付の上、お申し込み下さい。  
「学生会員」・「コメディカル会員」を選択されても添付書のご提出がない場合は「正会員」と見做されます。  
また、「学生会員」は毎年4月に学生証のコピーを事務局に提出する必要があります。4月中に学生証のコピーを送付されない場合、該当年度より「正会員」に移行されます。
5. 本学会の会計年度は10月1日～9月30日です。

## 【会費の送金方法について】

1. 入会申込書を送付していただいてから1か月以内に請求書を発行しますので、最寄りの郵便局よりお振り込み下さい。
2. 会費は、正会員 12,000 円、コメディカル会員 5,000 円、学生会員 3,000 円、賛助会員 50,000 円です。

(注)現住所、所属機関等、入会申込書の記載事項に変更があった場合は、直ちに書面あるいはメールにて下記までご連絡いただくか Web 上より会員情報を変更して下さい。

一般社団法人 日本内視鏡外科学会 事務局  
〒100-0013 東京都千代田区霞が関 1-4-2  
大同生命霞が関ビル 18 階  
日本コンベンションサービス株式会社 内  
TEL : 03-3503-5917 FAX : 03-3508-1302  
E-mail:jses@convention.co.jp  
学会ホームページ <http://www.jses.or.jp/>

# 日本内視鏡外科学会 入会申込書

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |               |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------|
| 申込日： 年 月 日                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | 会員番号[ 540- ]  |                                                          |
| カナ                                                                                                                                                                                            |                                                                                     | 性別            | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女    |
| 氏名                                                                                                                                                                                            |                                                                                     | 書類送付先         | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | 会費請求先         | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 |
| ローマ字                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | 生年月日<br>(西暦)  | 年 月 日                                                    |
| 所属機関<br>名称                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |               |                                                          |
| 所属機関<br>部署・部課                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | 職名            |                                                          |
| 所属機関<br>所在地                                                                                                                                                                                   | 〒                                                                                   |               |                                                          |
|                                                                                                                                                                                               | TEL :                                                                               | FAX :         |                                                          |
|                                                                                                                                                                                               | E-Mail :                                                                            |               |                                                          |
| 自宅住所                                                                                                                                                                                          | 〒                                                                                   |               |                                                          |
|                                                                                                                                                                                               | TEL :                                                                               | FAX :         |                                                          |
|                                                                                                                                                                                               | E-Mail :                                                                            |               |                                                          |
| 専門領域（該当する領域に○をつけて下さい。複数選択可。）<br>1. 一般・消化器外科    2. 呼吸器外科    3. 内分泌外科    4. 血管外科    5. 心臓外科<br>6. 小児外科    7. 泌尿器科    8. 産科婦人科    9. 整形外科    10. 脳神経外科<br>11. 形成外科    12. 耳鼻咽喉科    13. その他（    ） |                                                                                     |               |                                                          |
| 最終学歴                                                                                                                                                                                          | 大学 ・ 大学院                                                                            | 卒業年月<br>(西暦)  | 年 月 ・ 在学                                                 |
| 医籍登録番号                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | 登録年月日<br>(西暦) | 年 月 日                                                    |
| 会員種別                                                                                                                                                                                          | 正会員（個人）                      賛助会員（企業等）<br>学生会員（学部学生）              コメディカル会員（看護師・技師等） |               |                                                          |
| パスワード<br>(4文字以上)                                                                                                                                                                              | ※必須                                                                                 |               |                                                          |

◆本用紙を必要部数コピーの上、太枠内にご記入下さい。

◇E-Mail…所属機関か自宅のどちらか1つは必須です。

◇会員種別…該当するものを○で囲んで下さい。

◇パスワード…学会ホームページの会員専用ページへのログインのためのパスワードを設定してください。

なお、IDは会員番号となります（会員番号は入会申込登録後に通知されます）。

# 日本内視鏡外科学会 学生会員・コメディカル会員 入会申込添付書

※会員番号[ 540 — ]

|      |                                             |  |
|------|---------------------------------------------|--|
| ローマ字 |                                             |  |
| 氏名   |                                             |  |
| 会員番号 | ※Web上よりご入会の場合はオートリプライメールにて送信された番号を記入してください。 |  |

|        |       |   |
|--------|-------|---|
| 推薦会員署名 |       |   |
| 会員番号   | 540 — | — |

◆学生会員の場合、学生証のコピー、コメディカル会員の場合はその身分を証明し得る書類（社員証、資格認定証など）のコピーを以下に貼付してください。

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>証明書類（コピー）をココに貼付して下さい<br/>もしこのスペースを超える場合は<br/>この用紙にホッチキスで添付してください</p> |
|-------------------------------------------------------------------------|

- ◆本用紙を入会申込書に同封してご送付下さい。
- ◆Web上にてご入会の場合、オートリプライメールでご通知した仮会員番号をご記入の上、この用紙のみご送付下さい。
- ◆本用紙をご提出いただかない場合、入会申込書の記載内容に関わらず、正会員としてのご登録になります。
- ◆学生会員はご入会後も毎年4月1日～30日までに学生証のコピーをご提出いただく必要があります。  
この期間内に学生証のご提出なき場合は正会員に移行したものと見做されます。