**《JCMA会費について》**

　【会費額】

①新会員　　　8,000円（入会後3年間）

②4年目から　10,000円以上の任意額

　③学生会員　　5,500円（卒業後3年間は8,000円）

　【会費の払込み先】

○郵便払込口座：**記号・番号　００１９０－５－９２９０９**

　　　　　　　　　　　 **加入者名　　日本キリスト者医科連盟**

　　　　・郵便局から、「青色払込票」でお手続きください

　　　　・ゆうちょ銀行の「ゆうちょダイレクト」からも振込み可能です。

**《新入会員の方》**

 新入会員の方は、以下の「Mail入会申込書」を必ず一緒に送って下さい.

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

　日本キリスト者医科連盟Mail入会申込書

キリスト者医科連盟の規約に賛同し、入会いたします

20　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | (ふりがな)氏　　名 | (　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※ | 生年月日 | 19　　年　　月　　日 |
| ※ | 性　　別 | F・M |
| ※ | 住　　所 | 〒　　　　 |  |
| TEL　　　　　 |  |
| 携帯電話 |  |
| FAX |  |
| Email |   |
| ※ | 職種 | 医師(専門:　　　 　　　)　歯科医師　 薬剤師　 看護師　保健師 　　助産師 　検査技師　　事務職　　 MSWその他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先TEL |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　　 |  |
| 在学校名出身校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年度卒業 |
|  加入部会 | 加入している場合は○　　地方部会 　 看護部会　 学生部会 |
| 備考 | 所属教派(紹介者・所属教会・集会等) |

※は必須項目です。

 送信先：

JCMA　FAX番号　　　03-3232-6922

JCMA　Mailアドレス　jcma-info@japan-cma.net