**《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