

払 込 取 扱 票											
00		口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。									
口座記号				口座番号 (右詰めで記入)							
001906				418460							
加入者名 日本臨床細胞学会										金額	
通信欄・ご依頼人 新入会 医師(正会員) 新入会 技師(正会員) 新入会 技師(準会員) 「通信欄」には上記いずれかを ご記入願います										備考	
住所・氏名を ご記入願います										医師(正会員) 12000円 技師(正会員) 12000円 技師(準会員) 6000円 「金額」欄には上記い れかの金額をご自身で ご記入願います	
ご依頼人 住所・氏名を ご記入願います										日 附 印	
料金 円										日 附 印	
備考										備考	

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
これより下部には何も記入しないでください。

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。

※通信欄・住所・氏名を必ずご記入願います。

【電信振込の場合】

電信振込をする場合は、必ず入会年度と氏名を入力して、納入願います。

入力例：2025 サイバウウ

《ご注意》

- ・年会費は医師(正会員)：12000円、技師(正会員)：12000円、技師(準会員)：6000円です。
- ・必要項目が記載されていない、あるいは入力されていなかった場合、確認に時間がかかる為、処理が後回しになります。お振込み時は漏れの無い様ご確認お願い申し上げます。

入会申請時には入金後こちらの受領証をスキャンして添付してください。