

熊本県臨床細胞学会 会員手続き用紙

申請日: 年 月 日

※以下に必要事項を明記の上、事務局まで郵送ください。

区分	☐ 入会 ☐ 退会 ☐ 変更 ☐ その他（ ）
変更内容	☐ 氏名 ☐ 勤務先 ☐ 自宅
氏名	姓 名
フリガナ	セイ メイ
細胞診専門医番号	
細胞検査士番号(JSC)	
細胞検査士番号(IAC)	
勤務先郵便番号	
勤務先住所	
勤務先名	
自宅郵便番号	
自宅住所	
自宅電話番号	
郵便送付先	☐ 勤務先 ☐ 自宅
メールアドレス	
質問	

＜書類送付先＞

熊本県熊本市南区田井島1-5-1
熊本中央病院 病理診断科 立山敏広

管理番号: