一般社団法人Kochi-ke Surgery入会申込書（準会員）

入会ご希望の方は各事項にご記入の上、当事務局までFAXまたはメールにてご送付ください。
なお、外科専門医取得後は自動的に正会員に移行となります。ご了承ください

会員区分	準会員　　年会費 免除

ふりがな	
氏　名	
勤務先	
希望する 連絡先	□　勤務先 □　ご自宅
電話番号	
e-mail	
備考	

一社KKS事務局

FAX： 088-888-0421

メールアドレス： im84 @ kochi-u.ac.jp

電話： 088-888-0414

〒783-8505　高知県南国市岡豊町小蓮　　**高知大学 外科学講座（呼吸器）内**

振込先	四国銀行 大津 支店	口座番号 名　　義	5192963 シヤ）コウチケサージエリー

個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました個人情報は、当会において、会員会費の収納、総会開催通知および会報誌送付等の運営活動のために利用させていただきます。他の目的には使用いたしません。 また、会員の個人情報は法令および当会運営規則に基づき厳重に管理いたします。

2025.5