一般社団法人Kochi-ke Surgery入会申込書（施設会員）

本会に入会ご希望の方は、各事項にご記入いただき、当事務局までFAXまたはメールにて
ご送付の上、年会費を下記振込先にご納入下さい。入会初年度に限り、**お申込みから1か月以内**
を目途に納付いただけますと幸いです。ご納金を以て正式なご入会とさせていただきます。

会員区分	施設会員　　年会費　5 万円　　（不課税）

施設名	
代表者名	（役職等）　　（氏名）
住所	
電話番号	
e-mail （任意）	
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	5192963
		名　　義	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。

2025.9