

特定非営利活動法人日本レーザー医学会
送付先：jslsm@compass-tokyo.jp

復 会 届

届出日：(西暦) 年 月 日

特定非営利活動法人日本レーザー医学会

理事長 殿

会員番号					
会 員 名※					
フリガナ※					
生年月日※	西暦	年	月	日	
連絡先(郵送先)	☐ 勤務機関 ・ ☐ 自宅				
会費請求書送付先	☐ 勤務機関 ・ ☐ 自宅				
勤務機関	住 所※	〒			
	勤務先名				
	診療科名				
	役 職				
	T E L		F A X		
自宅	住 所※	〒			
	T E L (携帯電話)				
E - m a i l※					

※必須項目です。

【学会事務局使用欄】

_____ 復会処理・請求データアップロード

入金確認日

月 日

月 日

確認者	担当者