

2026 年      月      日

会 員 番 号 ( 6 桁 ) *不明の場合、事務局で記入致します									
専門医認定証番号 (10 桁)	2	0							
更 新 申 請 者 氏 名 ( カ ナ )									
更 新 申 請 者 氏 名 ( 漢 字 ) ※自署	自筆署名が必要です (入力不可)								
申 請 時 勤 務 先 名 称									
連 絡 先 電 話 番 号	<div>いずれかに○</div> <div>(勤務先／自宅)</div>								
2026 年度年会費納入方法 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> クレジット決済 <input type="checkbox"/> コンビニ決済 <input type="checkbox"/> 銀行振込 (三菱 UFJ 銀行・みずほ銀行) <input type="checkbox"/> 名誉・功労会員 (会費免除)								
2026 年度年会費納入日	2026 年 ____ 月 ____ 日 ※名誉・功労会員は記入不要								
更 新 保 留 希 望 理 由 ( 選 択 肢 に ○ )	1. 病気のため 2. 単位不足のため 3. その他 (具体的理由を記載) <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>								