

## 心筋生検研究会入会申込書

下記のフォームにご記入のうえ当学会の事務局へFAXかメール添付にてお送り下さい。年会費は正会員6,000円、学生会員3,000円となっておりますので、同封の「郵便振替払込書」にてお振込下さい。

### 心筋生検研究会 事務局

〒565-8565

大阪府吹田市藤白台 5-7-1

国立循環器病研究センター

臨床検査部臨床病理科内

担当者：池田 善彦

[Tel:06-6833-5012](tel:06-6833-5012) (内線 2871)

Fax:06-6872-7486

E-mail: [cabic@hsp.ncvc.go.jp](mailto:cabic@hsp.ncvc.go.jp)

ふりがな ご芳名	
ご所属	
お役職	
勤務先ご住所 * 自宅の場合は特記を	〒 TEL : ( ) — FAX : ( ) — E-mail :
ご連絡事項	

上記の者は本学部の会員であると認める。

ご住所

ご氏名

