【北海道医学会・連絡票】

令和　　年　　月　　日

クレジットカード決済による会費納入を希望します

お名前：

E-mail：

※ご希望の場合は上欄にメールアドレスをご記入ください

通信欄：

※ご勤務先、ご住所等に変更がございましたら本欄へご記入ください

【本票をメール添付または郵便にて下記までご送付ください】

〒060-8638　札幌市北区北15条西7丁目

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北海道大学医学部百年記念館

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北海道医学会事務局

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：digakkai@med.hokudai.ac.jp